Niveau(x) d'enseignement: 8 Numéro EDUQ : 9170530
Centre d'intérêt: 851

Lemieux, Denise.

Etude de la perception des habiletés chez les infirmières comme explication partielle des difficultés de la socialisation professionnelle / par Denise Lemieux. -- [Trois-Rivières?] : D. Lemieux, 1989.
ix, 96, [8] f. : ill. ; 28 cm.

Résumé: f. [ii]-iii. "Rapport de recherche présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières, Programme de maîtrise en éducation".
Bibliogr.: f. [94]-95.

Vedette(s)-secondaire(s): Université du Québec à Trois-Rivières. Programme de maîtrise en éducation

Descripteur(s): Infirmière * Formation * Universitaire (Ordre d'enseignement)

Identificateur(s) de sujet: Intégration professionnelle

Cette recherche a pour but d'analyser et d'évaluer l'importance que peut avoir la perception de la maîtrise des habiletés dans les relations qui s'établissent entre deux groupes. On a fait l'hypothèse que les infirmières d'expérience vont évaluer plus négativement les habiletés des nouvelles recrues que celles-ci le font. L'analyse de la théorie de la socialisation professionnelle, la revue des écrits et l'expérience du vécu de situations problématiques entre ces deux groupes laissent entendre que les difficultés signalées (tensions, difficultés d'adaptation, découragements) ne sont pas complètement attribuables à une déficience dans la formation, mais plutôt à des perceptions. Un questionnaire fut administré à deux groupes, l'un composé de recrues et l'autre composé d'infirmières d'expérience, afin d'évaluer leurs perceptions de l'habileté des recrues. Il ressort des réponses à ce questionnaire qu'il existe des différences significatives de perception pour six des dix-sept habiletés mesurées. Ces résultats expliquent en partie certaines incompréhensions.

Type de document:

9170530

UNIVERSITE DU QUEBEC

ETUDE DE LA PERCEPTION DES HABILETES CHEZ LES INFIRMIERES COMME EXPLICATION PARTIELLE DES DIFFICULTES DE LA SOCIALISATION PROFESSIONNELLE

par

DENISE LEMIEUX

Programme de maîtrise en éducation

Rapport de recherche

présenté à

L'Université du Québec à Trois-Rivières

décembre 1989

SOMMAIRE

La présente recherche vise à analyser et évaluer l'importance que peut avoir la perception de la maîtrise des habiletés dans les relations qui s'établissent entre deux groupes. On a fait l'hypothèse que les infirmières d'expérience vont évaluer plus négativement les habiletés des nouvelles recrues que celles-ci le font. Cette connaissance pourrait expliquer des difficultés que l'on constate dans les relations entre les deux groupes.

Le cadre théorique de la recherche est celui de la socialisation professionnelle. L'évolution de cette théorie est suivie à travers les principaux auteurs qui tous cherchent à expliquer les mécanismes de la socialisation pour l'acquisition par l'individu des attitudes, valeurs, habitudes et habiletés propres à la profession. Les principales applications à la profession d'infirmière sont signalées. On constate que la littérature s'attarde beaucoup à expliquer le jeu des influences et les réactions de la personnalité de l'intrant, mais prend presque pour acquis la maîtrise des habiletés. Puisque ces dernières ont du être acquises au cours de la période de formation et relèvent donc des programmes d'éducation, on leur accorde peu d'importance.

La recension des écrits qui porte spécifiquement sur cette maîtrise des habiletés chez les recrues infirmières, nous signale cependant plusieurs problèmes qui semblent en découler. On rapporte particulièrement les

tensions entre les membres d'une unité, les difficultés d'adaptation, les découragements et enfin les démissions. Ces constatations rejoignent celles du chercheur qui, sensibilisé par l'acuité de la situation, a décidé de mener cette recherche.

L'analyse de la théorie, la revue des écrits et l'expérience du vécu de telles situations laissent entendre que les difficultés signalées ne sont pas complètement attribuables à une déficience dans la formation, mais plutôt à des perceptions différences des habiletés et des niveaux de performance requis. Un questionnaire-sondage a été élaboré pour évaluer la perception de l'habileté des recrues dans les principales fonctions sur une unité de soins. Il fut administré à deux groupes, l'un composé de recrues, l'autre d'infirmières d'expérience. Les résultats des deux groupes furent comparés et analysés par différentes techniques statistiques.

Il ressort de cette analyse qu'il existe des différences significatives de perception pour six des dix-sept habiletés mesurées. Ces résultats expliquent en partie certaines incompréhensions. On a aussi comparé les résultats à toutes les habiletés pour faire ressortir celles qui sont perçues comme plus difficiles ou plus faciles à maîtriser. Enfin on a analysé les différences de perception possibles entre des habiletés théoriques et celles qui sont plus pratiques.

REMERCIEMENTS

Plus que des remerciements, je voudrais exprimer toute ma reconnaissance envers mon directeur de recherche monsieur J. Claude Lainesse, sans qui je n'aurais pas trouvé le courage de reprendre le travail après deux années d'interruption. La compétence de monsieur Lainesse et sa grande patience à mon égard, sans compter sa disponibilité de tous les instants, ont eu raison de toutes les difficultés rencontrées. Ma dette n'a pas de mot.

Il me faut aussi souligner l'aide reçue et particulièrement appréciée de mesdames Ginette St-Pierre et Jocelyne Lirette, respectivement du Centre hospitalier Régional de la Mauricie et du Centre hospi'alier Ste-Marie de Trois-Rivières. Madame St-Pierre n'a pas eu la tâche facile: au moment de ma visite le CHRM subissait les contrecoups des négociations des infirmières et en dépit de cela elle n'a ménagé aucun effort pour le recrutement de répondantes. Je lui en suis des plus redevable.

Enfin mes remerciements sincères à madame Lauriette Drouin pour le support accordé tout au long de ce programme de maîtrise. Madame Drouin m'a toujours permis d'aménager mon horaire de travail pour faciliter mes études, en plus de m'offrir une oreille attentive au moment où j'en avais le plus besoin.

TABLE DES MATIERES

Pages

SOMMAIRE ii

REMERCIEMENTS iv

TABLE DES MATIERES v

LISTE DES TABLEAUX viii

LISTE DES FIGURES ix

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I: De Merton à H. Cohen: les approches théoriques de la socialisation professionnelle 4

1 Evolution du concept 5

1.1 Merton et les premières explications du concept 5
1.2 Fonctionnalistes versus approche psychosociologique 7
1.3 Ajustements situationnels et socialisation 8
1.4 Stratégies individuelles et structure organisationnelle 10
1.5 Processus chronologique de la socialisation 10

2 Application au domaine infirmier 12

2.1 Cohen et l'élargissement des dimensions socio-psychologiques du processus de socialisation 12
2.2 Stéréotypes professionnels et socialisation 13
2.3 Facteurs personnels significatifs associés à la facilité du processus de socialisation 14
2.4 Facteurs d'influence connexes et handicaps de socialisation chez les infirmières 15

Pages

2.5 Variables psychologiques et sociologiques à la rencontre l'une de l'autre 16
2.6 Socialisation anticipatrice 17
2.7 Socialisation anticipatrice et socialisation professionnelle ou la rencontre entre formation et emploi 18
2.8 Objectifs de la socialisation professionnelle et anticipatrice 19
2.9 Modèles théoriques intégrés à la socialisation professionnelle selon Cohen 20

CHAPITRE II: Recension des écrits 28

1. Les difficultés rattachées au milieu clinique 29
2. Attentes du milieu clinique 30
3. Facteurs expliquant le faible rendement des recrues 32
4. L'organisation du travail 37

4.1 La gestion du temps 37
4.2 Le stress 39

5. Facteurs d'intégration et de rétention des recrues 42

5.1 Relation avec les infirmières d'expérience 42
5.2 Règles ou comportements favorisant l'intégration 43
5.3 Rôle du superviseur 44
5.4 Le mentor ou le prolongement du rôle du superviseur chez les infirmières 47

CHAPITRE III: Méthodologie de la recherche 52

1. Elaboration du questionnaire 52
2. Modèle expérimental 54
3. Consignes 55
4. Déroulement de l'expérimentation 56
5. Echantillon retenu 58
6. Caractéristiques des répondants 58

Pages

CHAPITRE IV: Interprétation des résultats 61

1. Vérification de l'hypothèse principale 62
2. Analyse des moyennes 80
3. Perception des aspects cognitifs et pratiques 85

CONCLUSION 91

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 94

ANNEXES 96

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux		Pages
1	Les moyennes, les écarts types et leurs différences pour chacune des questions où la différence des moyennes est significative	66
2	Répartition des réponses des infirmières d'expérience à la question 9 portant sur l'exécution des techniques	73
3	Répartition des réponses des recrues à la question 13 portant sur la connaissance des abréviations	77
4	Moyennes et différences de moyennes entre les questions portant sur deux aspects d'un même thème chez les recrues	86
5	Moyennes et différences de moyennes entre les questions portant sur deux aspects d'un même thème chez les infirmières d'expérience	87

LISTE DES FIGURES

Figures		Pages
1	Pyramide des âges répartis par tranche de trois ans et demie	59
2	Moyennes et écarts types des recrues et des infirmières d'expérience pour les 17 questions du sondage	64
3	Histogramme comparatif des pourcentages obtenus par les recrues et les infirmières expérimentées à la question 3 portant sur le contrôle des épreuves diagnostiques	67
4	Histogramme comparatif des pourcentages obtenus par les recrues et les infirmières expérimentées à la question 5 portant sur les activités prioritaires en situation d'urgence	69
5	Histogramme comparatif des pourcentages obtenus par les recrues et les infirmières expérimentées à la question 8 portant sur la connaissance des limites du champ de pratique	71
6	Histogramme comparatif des pourcentages obtenus par les recrues et les infirmières expérimentées à la question 9 portant sur l'exécution des techniques de soins	72
7	Histogramme comparatif des pourcentages obtenus par les recrues et les infirmières expérimentées à la question 13 portant sur la reconnaissance des abréviations	76

INTRODUCTION

L'insertion d'un individu dans un groupe est difficile, l'insertion dans un groupe de professionnels l'est encore plus.

Ce phénomène d'intégration ou d'insertion à un groupe professionnel qu'on appelle la socialisation professionnelle consiste en l'acquisition des valeurs, attitudes, habitudes et habiletés propres à un groupe professionnel.

Les infirmières, à l'exemple d'autres professions, vivent elles aussi difficilement ce passage à un groupe de travail. Cette adaptation au milieu en début de carrière représente l'illustration concrète des processus de socialisation professionnelle.

Lorsqu'une finissante des techniques infirmières au Cégep est embauchée en milieu hospitalier, on prévoit pour elle quelques journées d'orientation et de présentation au personnel. Après quoi, l'on estime que la nouvelle infirmière est prête à faire face au monde du travail.

C'est précisément de ce contexte de nouvelle diplômée par rapport à l'embauche en milieu clinique qu'origine certaines questions nous intéressant tout particulièrement.

En effet, au cours de notre pratique de tous les jours, plusieurs infirmières viennent se confier et exposer toutes les difficultés qu'elles

éprouvent à se chercher une place au sein des équipes de travail. Bon nombre d'entre elles avouent franchement se sentir rejetées et ridiculisées par des infirmières d'expérience alors que leur propre inexpérience ne leur permet pas une riposte.

Placées en position d'infériorité et dépendantes de l'équipe de travail, nombreuses sont ces nouvelles infirmières qui abandonnent avant même leur période de probation terminée.

Un phénomène tout aussi navrant semble se produire du côté des infirmières expérimentées où nombre de réflexions désobligeantes suivent l'entrée en fonction des nouvelles diplômées. On reprochera aux nouvelles arrivantes tantôt leur incompétence, tantôt leur dépendance à l'égard du personnel, tantôt leur inexpérience un peu niaise et très souvent, leur lenteur au travail.

Plusieurs de ces faits nous ont permis de constater que l'adaptation des finissantes était souvent pénible, qu'elles étaient peu préparées aux réalités du monde du travail, mal outillées quant à leur bagage technique et pratique et qu'enfin, leur intégration aux équipes de travail se faisait difficilement et sur des échéances très longues.

Ainsi, cette recherche a été conduite à partir des questions restées sans réponse au sujet de l'adaptation ou de la mésadaptation des nouvelles infirmières à leur milieu de travail.

Voilà un problème de socialisation, certes, mais aussi un problème d'éducation sous l'aspect de la formation préliminaire à l'emploi et de l'adaptation suffisante des programmes à la maîtrise des habiletés requises au travail.

Chez les infirmières, il s'agit aussi d'un problème de perception des habiletés selon que l'on soit une recrue ou une infirmière d'expérience. Cette différence de perception quant au niveau de réussite des processus de socialisation professionnelle, a été étudiée dans la présente recherche.

CHAPITRE I

De Merton à H. Cohen: les approches théoriques de la socialisation professionnelle

Le présent chapitre vise à expliquer le concept de la socialisation professionnelle, à travers l'évolution des différentes théories sur le sujet. La progression de la définition théorique de la socialisation professionnelle signifie en quelque sorte le raffinement de l'explication liée à la socialisation professionnelle et par là, en partant des années soixante avec une approche très fonctionnaliste du thème, le passage aux années soixante-dix et quatre-vingt, où la psychologie sociale vient approfondir et enrichir les fondements théoriques rattachés au processus de socialisation.

De ce fait, les apports théoriques contenus dans le processus de socialisation professionnelle se sont développés selon un ordre chronologique au fur et à mesure que de nouvelles dimensions s'offraient aux chercheurs. Ce chapitre propose de suivre cette évolution du concept dans le temps et ainsi, permettre l'observation du champ très vaste du processus de la socialisation professionnelle.

1. Evolution du concept

1.1 Merton et les premières explications du concept

Les premières définitions de la socialisation professionnelle apparaissent avec Merton (1957). C'est l'approche fonctionnaliste, encore suffisante par absence d'exploration plus poussée du champ d'étude. D'après C. Lacey (1987), Merton décrit alors le phénomène d'intégration des nouveaux professionnels à l'exercice de leur carrière comme étant le processus par lequel l'individu acquiert les valeurs, attitudes, intérêts, habiletés et connaissances propres au groupe professionnel auquel il cherche à devenir membre.

Cependant, Merton ne développe pas une théorie de la socialisation professionnelle. Sa théorie est celle du "groupe de référence". C'est par l'étude des mécanismes qui servent aux hommes à se lier aux groupes et à leurs valeurs, par les conséquences de ces mécanismes sur les structures, sur les individus et sur les groupes qu'il éclaircit du coup la dynamique de la socialisation professionnelle.

Partant de l'"American Soldier" (Merton, 1968), c'est-à-dire d'une vaste étude expérimentale portant sur les variations d'attitudes observées chez les soldats recrues versus les anciens, Merton essaie de comprendre ce qui rend un individu bien adapté à un nouvel environnement de ce qui en fait un marginal et un frustré du système.

Sa théorie du groupe de référence prend comme postulat qu'un "individu s'expérimente lui-même, non pas directement mais indirectement du point de vue particulier des autres individus auxquels il se compare"[1] . En d'autres termes, nous évaluons ce que nous sommes, comme notre valeur, nos aspirations, par une série de comparaisons que nous faisons tantôt par rapport à notre appartenance à un groupe ou à plusieurs groupes "en groupe", tantôt aussi par comparaison à des groupes qui nous servent de référence "hors-groupe".

Cette notion de "en groupe" et "hors-groupe" est capitale dans la théorie des groupes de référence, parce qu'elle admet qu'un individu s'associe à plusieurs groupes d'appartenance, par exemple le groupe des recrues, le groupe de travail et se mesure à toute une série d'autres groupes pris comme groupes de référence tels le groupe socio-économique, la corporation professionnelle. Par là, le vocable "groupe" ne restreint pas le point de vue de l'étude mais en fait un concept interactif utile à expliquer le processus de socialisation professionnelle.

Pour Merton, tout individu occupe plusieurs positions sociales et remplit plusieurs rôles selon le groupe auquel il se réfère: groupe de recrues, de syndiqués, de travail, familial. La socialisation professionnelle est de ce fait, le processus qui permet à des membres non encore intégrés à un groupe de travail et à un groupe professionnel, de s'approprier les caractéristiques fondamentales de ces groupes d'appartenance de manière à y évoluer

---

1 Georges H. Mead cité par Merton, 1968, p. 211.

harmonieusement. Le résultat des comparaisons que fait l'individu en se mesurant avec d'autres par des interactions, lui permet d'anticiper ou non son adhésion au groupe.

Plus l'écart est minime entre l'anticipation des rôles à jouer et la réalité de ces rôles, plus la socialisation se déroule bien. A l'inverse, lorsque l'individu présente des caractéristiques contradictoires aux normes attendues, il doit y avoir redéfinition des interactions et ceci, de part et d'autre, jusqu'à permettre la suite du processus de socialisation. Dans l'éventualité où l'individu est seul et en désaccord avec le milieu, la suite du processus de socialisation peut être mise en péril et le niveau de frustration, d'anxiété et d'isolement de cette personne en fait un candidat idéal à l'échec de la socialisation.

1.2 Fonctionnalistes versus approche psychosociologique

Sous l'angle des fonctionnalistes, les déterminismes de la socialisation étaient si élevés, qu'ils laissaient très peu de place à l'autonomie individuelle et donc à la capacité de l'individu d'influencer le système social dans lequel il évoluait. A partir de Merton, le processus de socialisation renferme aussi la possibilité d'actions autonomes individuelles et la possibilité de changements sociaux émanant de choix et de stratégies d'influence adoptés individuellement.

Si Merton marque les années soixante par l'évolution du concept de

socialisation, entre autres par la distinction entre l'acquisition des valeurs, attitudes, habiletés et connaissances; vues comme des processus distincts les uns des autres, par la place de l'individu dans le changement social et l'étude des groupes de référence, Wrong (1961) et Becker (1971) viendront ajouter la notion "d'intériorisation" des normes sociales au sens large.

Cela dit, la définition même de la socialisation s'en trouve affectée et davantage qu'un processus d'acquisition de normes, de valeurs, d'attitudes, de connaissances et d'habiletés, il s'ensuit que l'individu doit faire sien ce processus de transformation. Intérioriser c'est "ramener à l'intérieur de soi" et cela implique une rencontre entre quelque chose qui me parvient de l'extérieur et qui agit sur moi en se heurtant à ce que je suis "maintenant". L'individu se socialisant n'est plus que le récepteur de normes, il décode, interprète et ajuste ces normes à sa personnalité et à son degré d'autonomie.

1.3 Ajustements situationnels et socialisation

Selon Lacey on devra aussi considérer la socialisation comme un éventail d'options se présentant à l'individu en des temps donnés, au moment où il expérimente son passage au groupe professionnel. Ces options font que la recrue effectue des ajustements situationnels qui lui permettent d'accorder sa personnalité aux réalités et aux demandes du milieu. Becker explique ce phénomène en disant que "... the individual turns himself into the kind of person the situation demands"[2].

---

2 Becker ,1971, cité par Lacey C., 1987, p. 641.

Mais les mécanismes d'ajustements situationnels peuvent apparaître plus subtils que le simple fait de se mouler aux exigences d'un groupe ou d'un milieu. L'individu pourra, par exemple, recourir à des stratégies d'adaptation où il se voit reconnaître la capacité de modifier l'environnement, d'exercer son autonomie créatrice et d'exprimer ses aspirations.

En fait, on remarque trois mécanismes d'adaptation autour desquels gravitent les comportements des recrues: 1) "L'ajustement d'appropriation", où la recrue se plie aux contraintes et croit fermement en la juste nécessité de ces contraintes. L'individu ne questionne pas le système, il se moule à la demande, il s'approprie les normes. 2) "La stratégie de conformité", où la recrue soutient en son for intérieur quelques restrictions quant à la validité des contraintes ou quant aux figures d'autorité, mais se conforme en apparence aux exigences du milieu. 3) "La stratégie de redéfinition", où la situation qui se présente à la recrue est à l'opposé de ses attentes et de ses intérêts. Si l'individu arrive à redéfinir la situation selon de nouvelles valeurs, une nouvelle perspective, il pourra trouver une solution au problème qui se pose à lui, et si le milieu encourage le questionnement de sa structure et de son fonctionnement, la recrue aura la possibilité de mettre à l'essai sa vision de choses. Ce type d'ajustement se rencontre là où les étudiants ou les recrues ont pu introduire de petites innovations à la suite de dérogations à des normes ou à des attentes de la part de leurs responsables. Cela s'entend à l'intérieur de systèmes très démocratiques où le changement est perçu comme une valeur positive.

1.4 Stratégies individuelles et structure organisationnelle

Aucune des trois stratégies discutées dans le paragraphe précédent ne représente un style permanent dans une organisation sociale donnée, mais est en relation claire avec la structure organisationnelle. La recrue voyage d'un type d'ajustement à un autre en fonction des contingences de son environnement, de son stade de socialisation à la profession et de la nature de ses motivations internes. Il est normal toutefois d'observer une tendance à recourir plus souvent et plus régulièrement à une stratégie plutôt qu'à une autre, surtout lorsqu'il s'agit de la stratégie de conformité. Cela s'explique par la position d'infériorité relative dévolue au statut de recrue. Becker, rapporté par C. Lacey, conclut en disant: "It was more useful and peaceful to go away and do your own thing quietly"[3] ... sachant qu'extérieurement vous devez vous conformer même si intérieurement vous êtes en désaccord avec la situation.

1.5 Processus chronologique de la socialisation

En se caractérisant par différentes stratégies situationnelles, la socialisation professionnelle ne doit pas minimiser un autre facteur distinctif de son processus, c'est-à-dire: l'aspect séquentiel de sa fonction.

---

3 Op. cit., p. 642.

De ce point de vue, on reconnait quatre stades évolutifs propres à l'expérience de socialisation. Le premier stade est dit de la "lune de miel". Cela correspond à l'expérimentation euphorique pour la recrue de son nouveau statut de professionnel, de la nouvelle dénomination qu'elle se fait d'elle-même. C'est, du coup, l'expérience de la pratique professionnelle sans les inconvénients de statut d'étudiant. A ce stade, l'ignorance des difficultés rattachées à l'adaptation à la profession donne à l'individu une impression de toute puissance, vite dissipée toutefois par la suite des événements. Puis vient la découverte des différentes exigences de l'exercice du rôle. C'est comment faire quoi, de la bonne manière, au bon moment. Partant, la recrue adopte la méthode des essais et erreurs en sondant la réponse que lui donne le milieu. Plus ses expériences lui fournissent une image positive d'elle-même et plus évidemment elle se voit renforcée dans son comportement. Ensuite, vient la troisième étape, celle-là plutôt marquée par des crises de réajustements très personnels au rôle professionnel. La recrue en vient à expérimenter les succès mais aussi les échecs de ses entreprises en ayant une idée plus juste des limites à ne pas franchir. C'est le moment le plus critique et le plus propice à tout remettre en question, jusqu'à sa propre orientation de carrière. Enfin, s'amorce une maturation des attitudes, des habiletés et du rôle en général qui conduisent à l'usage de compromis et à l'évolution de changements intérieurs aptes à rendre l'individu à l'aise face à l'exercice de sa profession.

Au moment où Lacey, s'appuyant sur les études de la Sussex University, s'attarde de plus en plus à fractionner le processus de socialisation de même

qu'à en définir les étapes, étapes du reste très fluctuantes d'un individu à l'autre, la complexité du processus tout entier de la socialisation se voit reconnue et questionnée. On en arrive aux années quatre-vingt et à la recherche toujours plus circonstanciée des processus individuels de socialisation.

2. Application au domaine infirmier

2.1 Cohen et l'élargissement des dimensions sociopsychologiques du processus de socialisation

Plus près du domaine professionnel des infirmières, H. Cohen (1981) a rassemblé l'essentiel des écrits sur la socialisation professionnelle de ce secteur d'activités, de manière à concevoir et vérifier une approche plausible de la socialisation professionnelle reliée à l'expérience des recrues infirmières.

Forte des études contextuelles expliquant le caractère particulier d'une profession par rapport à une autre, elle trace aussi le profil exclusif de la profession d'infirmière par l'expression de ses aspects de soumission à l'autorité des médecins d'une part et, d'autre part, par la différenciation entre la formation initiale des techniciennes et des bachelières exprimant a priori, la confusion dans la définition des rôles joints à l'exercice de cette profession.

qu'à en définir les étapes, étapes du reste très fluctuantes d'un individu à l'autre, la complexité du processus tout entier de la socialisation se voit reconnue et questionnée. On en arrive aux années quatre-vingt et à la recherche toujours plus circonstanciée des processus individuels de socialisation.

2. Application au domaine infirmier

2.1 Cohen et l'élargissement des dimensions sociopsychologiques du processus de socialisation

Plus près du domaine professionnel des infirmières, H. Cohen (1981) a rassemblé l'essentiel des écrits sur la socialisation professionnelle de ce secteur d'activités, de manière à concevoir et vérifier une approche plausible de la socialisation professionnelle reliée à l'expérience des recrues infirmières.

Forte des études contextuelles expliquant le caractère particulier d'une profession par rapport à une autre, elle trace aussi le profil exclusif de la profession d'infirmière par l'expression de ses aspects de soumission à l'autorité des médecins d'une part et, d'autre part, par la différenciation entre la formation initiale des techniciennes et des bachelières exprimant a priori, la confusion dans la définition des rôles joints à l'exercice de cette profession.

S'inspirant de Merton mais avec le recul des derniers éclairages sur le sujet, Cohen définit la socialisation professionnelle en ces termes: la socialisation à une profession est ce processus comolexe par lequel l'individu devient progressivement, intellectuellement et émotionnellement à l'aise dans son rôle professionnel.

Les connaissances, les habiletés et le sens de l'identité professionnelle qui sont caractéristiques d'un membre d'une profession, sont implicitement soutenus par cette définition. De même, ceci implique l'intériorisation des valeurs et normes du groupe, valeurs que l'individu s'approprie en un processus qui lui est particulier. Le produit final de la socialisation professionnelle montre un individu maîtrisant des compétences techniques sûres et mû par des valeurs, des attitudes et des connaissances absolument requises à son travail, en même temps que reconnues et attendues du public au sens large.

2.2 Stéréotypes professionnels et socialisation

Cohen insiste sur la notion des stéréotypes sociaux associés à une profession puisque les attentes, autant de la part du public que de celles des recrues, sont fondées d'abord et avant tout sur l'image projetée de la profession dont il est question ici, les infirmières. La définition de la socialisation professionnelle de Cohen comporte, explicitement, les attentes du public dont fait partie la recrue, puisqu'elle est encore extérieure au groupe professionnel, en regard du rôle, ce que la plupart des auteurs avaient

ignoré jusqu'ici. Nous reviendrons d'ailleurs un peu plus loin sur l'impact des stéréotypes à l'intérieur du processus de socialisation des recrues.

2.3 Facteurs personnels significatifs associés à la faillite du processus de socialisation

Cohen identifie deux facteurs significatifs de l'échec de la socialisation: 1^{0} des problèmes d'ordre émotionnel ressentis par la recrue et 2^{0} une incapacité à réagir à la demande du rôle d'infirmière par un mécanisme d'usure émotionnelle surtout, et de ce fait corollaire au facteur initial.

Mais pour comprendre ce que veut dire véritablement l'usure professionnelle d'une recrue, Cohen a fouillé les travaux de Corwin, Taves et Haas (1961), les premiers à parler de l'effet direct de la détérioration des interactions entre la recrue et le milieu, c'est-à-dire le drop-out professionnel dès la première année de leur graduation. Ils ont appelé le phénomène "le désillusionnement professionnel". A ce moment, ils se sont surtout attardés à l'étude des valeurs, lesquelles, acquises lors de la formation, entraient en conflit avec les valeurs du milieu réel.

Cohen poursuit dans la même veine et spécifie que la confrontation entre l'idée que se fait la recrue de sa profession et la réalité du milieu, produit un véritable choc. Précisément, ce choc revêt un caractère de désillusion lorsque la recrue se rend compte que le soin des patients et la réponse à leurs

besoins est de moins grande importance que les tâches répétitives et l'ensemble des valeurs véhiculées par le système bureaucratique par exemple. "Those focusing on licensed practitioner attrition look at the conflicts between the bureaucratic and professional ideologies - or how the system causes intense frustration and drives practitioners out of the field"[4]. Le postulat de Cohen, quant à la faillite psychologique de la socialisation, repose sur ce concept de détérioration des capacités à réagir et d'usure personnelle de la recrue. "We assumed when we began our study that the major problem in nursing was student attrition"[5].

2.4 Facteurs d'influence connexes et handicaps de socialisation chez les infirmières

Bien sûr, l'auteur admet l'influence d'autres variables plus sociologiques celles-là telles la prédominance féminine des candidats à la profession d'où une association de comportements professionnels typiquement associés à la femme comme la soumission et l'origine même des fonctions professionnelles de l'infirmière, à la fois religieuse et militaire. On se souvient que Nightingale est à la source de la définition du rôle de l'infirmière. Ainsi, l'absence d'autonomie rattachée à cette profession reste constamment citée par Cohen et la confusion du rôle par la multiplication des niveaux de formation jusqu'à nos jours, en font un domaine professionnel par avance en déséquilibre.

---

4 Cohen, 1981, p. 7.
5 Ibidem.

Plutôt que d'étudier la socialisation professionnelle par sa résolution idéale c'est-à-dire le cheminement sans heurt de la recrue à travers les étapes de socialisation, Cohen en fait, d'office, un moment difficile de la vie professionnelle des infirmières en raison de tout ce qui vient d'être discuté plus haut. Cela ne sous-entend pas que l'auteur mésestime le taux de réussite des recrues infirmières en rapport à leur socialisation, mais indique les créneaux où il faut reconnaître les problèmes de fond à étudier.

2.5 Variables psychologiques et sociologiques à la rencontre l'une de l'autre

Les variables psychologiques comme les conflits d'ordre motivationnel des recrues et les variables sociologiques, par exemple les conflits entre les idéologies organisationnelles et l'éthique professionnelle, deviennent les deux domaines de la dynamique de la socialisation. La question sous-jacente pour Cohen, dans l'éventualité des difficultés de socialisation, était de savoir pourquoi les recrues ne peuvent intégrer les normes du milieu hospitalier et celles de leur profession, pendant leur formation au cégep ou à l'université? "Why is it that intelligent woud-be professionals do not learn hospital norms during their education? Why are well-trained new graduates shocked, surprised, and unable to cope with the reality of work?"[6].

---

[6] Op cit, p. 8

2.6 Socialisation anticipatrice

A cette difficulté de socialisation et plus particulièrement de socialisation anticipatrice à l'école, deux prémisses: L'une concerne la motivation de la recrue à son choix de carrière. En effet, dans la majorité des cas, l'étudiante choisit de devenir infirmière parce qu'elle désire rendre service au plus grand nombre de personnes possible. Conjointement, les médias et la société véhiculent une image de l'infirmière tout à fait comme il faut et alléchante du point de vue du paraître, entretenue surtout par l'uniforme, l'instrumentation sophistiquée, les milieux riches d'opportunités... "It is every girl's ambition at one time or another to wear the uniform of the nurse. Many opportunities of service, or adventure, or romance, make a nurse's career a glamorous one"[7].

Immédiatement, on peut se demander si ce transport d'idées lié au statut de l'infirmière reflète bien ce qu'elle connaîtra dans la vraie vie. Partant, la première confusion, la première désorganisation viendra de cette distorsion du réel.

Les élèves-infirmières adoptent d'abord les valeurs et les attitudes du commun des mortels face à cette profession. De même, à l'âge où elles entrent comme étudiante-infirmière, elles n'ont pas, non plus, établi leur propre identité et objectifs de vie. Enfin, comme le processus éducatif ne dote pas forcément l'étudiante de concepts pouvant clarifier le rôle de

---

[7] Op. cit., p. 12.

l'infirmière et intégrer ce rôle à la réalité, plusieurs recrues se retrouvent perdues au milieu de leurs collègues, sans moyens efficaces de réaction.

2.7 Socialisation anticipatrice et socialisation professionnelle ou la rencontre entre formation et emploi

Il était difficile pour Cohen et son équipe d'admettre que l'usure professionnelle de la recrue ne devait pas éclairer seulement les facteurs psychologiques de la socialisation mais amenait également la perception d'autres problèmes tout aussi complexes entre autres le problème des programmes de formation et des valeurs supportées par ces derniers. Difficile, parce que le choc de la confrontation au réel et le désillusionnement pouvaient se produire en dépit des stages pratiques des élèves-infirmières, stages qui pourtant leur offraient l'opportunité d'être en contact avec la réalité de la pratique infirmière.

C'est dire que les deux ou trois années pendant lesquelles, par des stages, les élèves-infirmières fréquentent le milieu hospitalier, ne parviennent pas forcément à faire assimiler aux étudiantes les règles et modes de fonctionnement du milieu professionnel. "At this point we saw the need for an examination of the education process and the socialization process in nursing education"[8].

---

[8] Op cit, p 8

Dès lors, le point de départ du processus de socialisation prend toute son importance dans la préparation de l'individu à exercer sa profession et de ce fait, dans la socialisation anticipatrice que doivent amorcer les milieux de formation. Sans vision réaliste et conforme à la réalité des milieux cliniques par les systèmes d'enseignement, les chances de succès de la socialisation de l'élève-infirmière devenue recrue, restent très minces. Un départ raté par une formation qui ne véhicule pas les valeurs et les normes en vigueur sur le marché du travail, conduit inévitablement à de graves problèmes de socialisation professionnelle.

2.8 Objectifs de la socialisation professionnelle et anticipatrice

Du point de vue de Cohen, la socialisation anticipatrice et la socialisation professionnelle proprement dite, auront à répondre à quatre objectifs majeurs:

1) rendre possible l'apprentissage des aspects techniques de la profession: cela correspond aux aspects cognitifs de la socialisation professionnelle;

2) favoriser l'intériorisation de la culture rattachée à la profession: les valeurs, les normes, les motivations et l'éthique professionnelle;

3) permettre la découverte d'une version personnelle et professionnelle du rôle à jouer. Il faut que le rôle perçu et découvert par la recrue lui soit globalement acceptable et agréable. Plus encore, la recrue doit en faire une traduction "moulée" à son image personnelle;

4) enfin, la socialisation doit rendre possible une intégration du rôle professionnel à l'intérieur des autres rôles que doit assumer l'individu dans sa vie. Quoiqu'elle fasse, la recrue se sent authentiquement bien en tant qu'infirmière et elle perçoit le rôle comme étant en harmonie avec l'ensemble de ses activités.

2.9 Modèles théoriques intégrés à la socialisation professionnelle selon Cohen

Deux modèles théoriques servent à reconstituer le contenu de ces objectifs:

1) la théorie de l'influence sociale selon Kelman (1967);

2) le développement humain à partir des concepts théoriques d'Erikson (1950).

Respectant l'idée d'une progression/transformation au cours de la socialisation professionnelle, Cohen reprend trois étapes d'influence sociale selon Kelman et montre comment les valeurs et normes de la culture

associées à une profession viennent, en tant que facteurs externes, influencer l'individu. Erikson, de son côté, éclaire les changements psychologiques aux différents stades de la socialisation.

Sous forme de schéma, ces deux modèles théoriques se présentent comme suit:

Kelman	Erikson
Influence sociale	Développement psychologique
I Conformité	I Confiance/méfiance
II Identification	II Autonomie
III Intériorisation	III Initiative
	IV Savoir-faire
	V Identité

Aussi allons-nous détailler l'application de la théorie de l'influence sociale de Kelman à la socialisation professionnelle, de même que celle d'Erikson par la suite.

Helen Cohen énumère chacune des étapes proposées par Kelman et amène l'analyse du processus de socialisation vu sous l'angle du modèle théorique de l'influence sociale.

Le premier stade, celui de la "conformité" de l'individu aux us et coutumes du milieu, représente la recrue acceptant l'influence d'une autre personne ou d'un groupe sur elle-même en échange d'une réaction favorable de la part de cette personne ou groupe. Cette acceptation de l'autre n'est pas basée sur la persuasion mais sur le fait qu'il est rentable pour l'individu de se conformer en vue d'obtenir quelque chose.

Le second stade de Kelman, "l'identification", signifie que la recrue adopte la conduite d'une personne significative, parce qu'elle veut être remarquée par cette dernière et entrer en interaction avec elle. La recrue expérimente ainsi les valeurs et rôles qui pourraient être intégrés à son identité professionnelle future, en tenant compte à la fois de sa propre personnalité et de l'image professionnelle qu'elle souhaite se donner.

Dans le stade de l'identification on distingue une dernière phase où la recrue peut associer à sa personne un rôle professionnel qui lui convienne et qui corresponde aussi aux rôles que l'institution où elle travaille met en valeur et promulgue. Par conséquent, la recrue va chercher à imiter les comportements qui sont perçus favorablement par l'organisation et les personnes environnantes en même temps que le milieu récompense la recrue de ses efforts et s'assure sa propre reproduction sociale. Cette étape est

directement reliée au processus d'apprentissage proposé par Piaget et reste sous-entendu par le cadre théorique de Kelman au mécanisme d'identification.

Le dernier stade c'est-à-dire "l'intériorisation", se trouve résolu lorsque l'influence des personnes et des structures sur la recrue est acceptée parce que l'individu croit réellement aux valeurs véhiculées par le milieu. En définitive, ces valeurs, normes et attitudes lui sont personnellement et professionnellement acceptables, avantageuses.

Ici, il est facile de constater l'étrange similarité de l'explication théorique de l'influence sociale à celle des stratégies d'ajustement situationnelles, que nous avons vues plus avant.

Parvenus à Erikson, nous comprenons le parallèle que trace Cohen en rapport à chacune des phases du développement personnel de la recrue. Les étapes du développement psychologique de la recrue selon Erickson se traduisent comme suit:

1- Confiance/méfiance: La recrue doit pouvoir croire aux professionnels avec qui elle est en contact. Elle doit pouvoir compter sur un minimum d'informations de leur part et de support. Les recrues qui connaissent ce rapport confiant seront capables de tenter de nouvelles expériences et d'assumer de nouvelles habiletés révélées à même leurs erreurs et leurs échecs.

Le rôle d'un superviseur est alors essentiel afin de doser l'expérimentation et sonder les limites de la recrue, lui évitant les conséquences fâcheuses de mauvaises orientations en période de socialisation.

II-III Autonomie et initiative: Cette période permet à la recrue de tester ses limites, vérifier le soutien de son environnement, trouver quels sont les rôles flexibles, les règles inviolables et jusqu'où vont les négociations dans certains domaines.

Cette étape se fait presque exclusivement en outrepassant les règles et en expérimentant les conséquences des dérogations. Elle permet de se frayer un passage vers une identité compatible au rôle attendu par la structure professionnelle et l'organisation. Elle correspond finalement au bilan des forces et faiblesses personnelles.

Associée à cette expérimentation, la recrue essaie de voir si elle peut faire "aussi bien que...", "mieux que...", etc. Elle devient excessivement critique face à son tuteur et sans être de la résistance ouverte, cela prend la forme d'un "je peux faire mieux". La recrue qui a démontré la capacité d'une pensée critique lors de sa formation se dote d'une arme efficace pour la socialisation professionnelle en milieu de travail. Elle aura la capacité de questionner les situations, les individus et les choses et de trouver le sens réel de toute situation par rapport à elle-même.

La résistance est un élément crucial de la socialisation professionnelle selon Cohen. Le rôle de la recrue évolue du passif vers l'actif et la résistance demande un minimum d'expérience qui permet de confronter deux aspects du rôle professionnel: la capacité d'une pensée critique et l'adhésion à une profession. La pensée critique aide à mettre en application la théorie et les connaissances en réponse aux problèmes rencontrés. La recrue utilise alors son jugement et l'anticipation de ses connaissances théoriques. Progressivement elle fait corps avec son rôle général de professionnelle et s'affirme en tant que telle.

Si la recrue n'a pas la possibilité d'argumenter avec ses supérieurs-tuteurs, ou pairs, elle ne sera pas capable de faire face à ce qui l'attend de confrontations en milieu professionnel réel. Pas plus d'ailleurs qu'elle ne pourra s'assumer en tant que membre d'une profession.

IV- Savoir-faire: L'individu en socialisation est maintenant à l'aise par rapport aux habiletés techniques qu'il maîtrise et à la conduite professionnelle exigée. L'estime de soi de la recrue se construit peu à peu, en relation avec les renforcements positifs de son tuteur ou de ses modèles, pairs et clients, auxquels elle prodigue ses services.

V- Identité: La recrue a intégré à la fois les demandes de son rôle professionnel, les traits de sa propre personnalité, ceci à travers une conception personnelle qui lui assure une identité professionnelle achevée. L'intériorisation de la culture professionnelle et l'acceptation de ses pairs

demeurent primordiaux à ce stade. De nouveau à cette étape, il faut noter que de la conclusion positive de cette phase dépendent toutes les étapes ultérieures.

Faisant suite aux propos concernant la résistance chez les recrues en période de socialisation et d'autre part la résolution positive des différents stades de développement psychologique les uns à la suite des autres, l'échec de la socialisation apparaît probable lorsque l'individu escamote certaines étapes, entreprend une fixation à une phase par rapport à une autre ou encore démontre des compétences techniques et intellectuelles certaines sans qu'il y ait eu intériorisation du rôle professionnel dans sa totalité.

Voyageant de Erikson à Kelman, en passant par l'intégration de ces auteurs à travers H. Cohen, nous avons retrouvé trois objectifs majeurs de la socialisation professionnelle soit: 1) l'acquisition de la compétence technique (le savoir-faire); 2) l'intériorisation de la culture professionnelle; et enfin 3) l'intégration complète du rôle de l'infirmière.

Cependant, ce sont surtout les aspects 2 et 3 qui ont été développés par Cohen, sous-entendant l'acquisition du premier aspect c'est-à-dire la maîtrise de la compétence technique.

De même Erikson, au Stade IV, traite du savoir-faire, supposant que l'individu devient à l'aise devant les habiletés techniques, sans pour autant que ce thème soit développé par A. Cohen plus loin dans son développement.

Ainsi, la recension des écrits au chapitre II pourra étudier cet aspect négligé de l'acquisition des habiletés techniques propres au rôle de l'infirmière. Les facteurs psychologiques et sociologiques y seront toujours présents mais c'est véritablement la notion du savoir-faire que nous voulons maintenant explorer précisément en ce qui concerne le milieu hospitalier de soins aigus, d'où la perspective clinique des fonctions de l'infirmière.

CHAPITRE II

Recension des écrits

Nous avons vu au chapitre premier la théorie de la socialisation professionnelle. La fin de ce chapitre nous fait remarquer une dimension moins étudiée de la socialisation professionnelle des infirmières, celle de l'acquisition des habiletés techniques.

Afin de mieux comprendre le processus de l'apprentissage des habiletés techniques, nous allons, dans un deuxième chapitre, analyser les articles les plus récents que nous avons relevés et qui traitent de ce thème. Cet échantillon de sept articles n'est sans doute pas exhaustif, mais toutes nos recherches bibliographiques font ressortir la rareté des études dans ce domaine. Aussi nous croyons pouvoir, ici, dégager l'essentiel des positions actuelles.

Chacun des articles étudiés comprend à son tour un ensemble de sous-thèmes expliquant la réussite ou l'échec des apprentissages en soins infirmiers. Nous avons fait ressortir sept des principales propositions les plus étroitement liées au développement des habiletés techniques. Tout en explicitant ces propositions, nous avons retenu les passages les plus caractéristiques de chacun des auteurs et nous avons choisi de les citer dans leur langue d'origine, pour assurer la fidélité de la recension.

1. Les difficultés rattachées au milieu clinique

C. Madden (1989) et I.J. Bajnok (1988) sont les deux auteurs qui identifient le mieux le contexte clinique dans lequel sont plongées les recrues. Madden explique que les infirmières se donnent beaucoup de mal à fournir des soins compatisssants à l'endroit des bénéficiaires et pourtant, elles demeurent très duress et inclémentes envers les nouvelles graduées. Particulièrement en ce qui za trait à la vitesse d'exécution des techniques et à la dextérité manuelle au travail.

Appelées à accueillir plusieurs finissantes par année, les infirmières d'expérience comptent pouurtant parmi les seuls professionnels soupçonnés, comme on le dit de certaaines espèces animales, de "manger leurs petits". "Nurses have been accuseed of being the only professionals who "eat their young". We take such gnreat pains to provide compassionate care to our patients, and yet we're so hard on our new graduates. Why?" [9]

La période de probation des recrues est marquée de doutes et de craintes envers la tâche à accomplir. Madden pense que dans le milieu clinique on peut observer la répétition comstante des mêmes comportements de base: la recrue ignore comment faire, l'infirmière d'expérience n'a pas de temps à lui accorder, la recrue commeet une erreur, l'infirmière d'expérience reproche à la nouvelle son manque de savoir-faire.

---

9 Madden, 1989, p. 44

Les infirmières expérimentées ne semblent pas disposées à mettre en oeuvre une série d'attitudes positives envers les recrues. Madden qualifie ce comportement de véritable entreprise de destruction de la relève infirmière. Pour elle, les raisons invoquées par les anciennes sont faiblement convaincantes. Le manque de temps ne peut expliquer à lui seul le rejet des recrues. Si, malgré sa tâche lourde, l'infirmière fournit au bénéficiaire un minimum de temps et de compassion, rien ne permet de croire qu'elle ne peut le faire aussi pour une compagne de travail qui a besoin de son soutien.

Le milieu clinique, entendu au sens de l'unité de travail comprenant une équipe d'infirmières, refuse à la nouvelle diplômée le support dont elle aurait tant besoin. Bajnok croit qu'il s'agit d'un manque d'esprit d'équipe et de sens de l'appartenance à un groupe. Les infirmières apparaissent compétitrices entre elles et peut-être soucieuses de sauvegarder les petits trucs du métier chèrement acquis.

En résumé, c'est la loi du chacun pour soi qui domine, avec pour résultat un très faible niveau de rétention des recrues, en milieu hospitalier spécifiquement.

2. Attentes du milieu clinique

Dans un article traitant des performances cliniques des nouvelles infirmières, N.J. Christman (1971) indique quatre niveaux d'attente du milieu

qui déterminent en même temps la nature du rôle tenu par la nouvelle infirmière.

On retrouve, premièrement, les attentes officielles de l'employeur. On entend par là, des expectatives clairement définies tels: l'application d'un code d'éthique, le respect du décorum, la présomption de la compétence professionnelle, etc.

Une autre série d'attentes découle des collègues immédiats, des subordonnés et des pairs oeuvrant dans le même cadre de travail. Une infirmière de soins intensifs par exemple, se doit d'afficher une excellente maîtrise de soi face aux urgences et aussi une vitesse d'exécution technique plus élevée que la moyenne des infirmières en soins aigus.

Le troisième groupe d'attentes relève du groupe de référence en tant que corporation professionnelle. L'obligation de maintenir sa compétence à jour et d'agir en bon professionnel en sont des exemples.

Enfin, le quatrième type d'attentes origine des souhaits personnels que s'adresse à elle-même toute nouvelle recrue qui débute. On entend par là, l'application de sa propre conception du rôle à jouer et l'image du rôle qu'on a projeté sur sa carrière. Une finissante qui se serait imaginée infirmière en salle d'opération et qui se retrouve dans l'obligation de travailler en gérontologie, n'a pas la même réponse à ses aspirations. De même, la recrue

qui se serait imaginée vêtue de blanc et fraîche comme un rose après une journée de travail, aura quelques déceptions à affronter.

Tous ces niveaux d'attente qui avaient d'abord été rapportés par Benne et Bennis (1959), se superposent l'un à l'autre et font pression sur la recrue. C'est l'interprétation qu'en fait la nouvelle infirmière et sa réponse par la suite qui détermineront la valeur de son intégration au travail.

3. Facteurs expliquant le faible rendement des recrues

Christman pense aussi que non seulement les attentes sont importantes mais encore, la personnalité de la recrue reste déterminante ainsi que le niveau de la formation reçue (technicienne ou bachelière).

La personnalité est constitutive de l'échec ou de la réussite parce qu'elle spécifie les attitudes qu'aura la recrue envers les événements de sa vie professionnelle. En suivant le raisonnement de Windsor (1987), une jeune infirmière renfermée et timide aura du mal à s'imposer à une équipe de travail. Elle devra encaisser tout en ayant de faibles chances d'intervenir concrètement dans les décisions de l'équipe. Cela peut devenir problématique lorsque la recrue n'a pas le courage d'avouer son ignorance dans l'exécution d'une technique de soins, par exemple installer un cathéter intraveineux, et qu'elle risque l'aggravation de l'état de santé d'un patient par crainte d'avouer ses difficultés à ses collègues.

Ce genre d'événements n'est pas rare en milieu hospitalier, et le mensonge ou les faux-fuyants utilisés par les recrues au sujet de leur capacité et expertise technique est un phénomène que Windsor dénonce aussi. Par ailleurs, comme le rappellent Madden et Bajnok, le milieu clinique n'incite pas toujours à la compréhension chez les infirmières d'expérience et de ce fait, encourage peut-être la recrue à maintenir ce genre de réaction, inacceptable dans l'absolu.

La formation académique des finissantes explique aussi le rendement, au sens où c'est soit le contenu théorique, soit le contenu pratique qui domine le programme de formation professionnelle. Les bachelières seraient davantage préparées à un rôle professionnel plus élargi, plus complet et plus polyvalent d'après Christman, tandis que les titulaires d'un programme à orientation technique auraient plus d'affinité à tenir un rôle de première ligne, à dimension nettement pratique et technique.

Christman n'élabore pas outre mesure au sujet de la qualité des habiletés techniques des techniciennes versus les bachelières. La seule remarque importante concerne la préparation plus évidente des étudiantes à l'intérieur de certains programmes bacheliers dans le but de conceptualiser les soins à prodiguer aux patients. Ceci, lorsque l'unité où les recrues exercent correspond également à leur formation c'est-à-dire: une unité de type organisationnelle par opposition à une unité centrée davantage sur les activités fonctionnelles ou plus directement techniques.

> ...it would seem that baccalaureate nurses in unit management settings are able to practice at a level that more closely approximates the self-concept for wich they were educated than are [others] graduates in functional patient care assignment settings.[10]

A. Windsor de son côté, affirme que le rendement et les apprentissages en période de socialisation sont affectés par trois facteurs: 1) la préparation de la recrue au rôle à jouer; 2) les caractéristiques du moniteur affecté aux recrues; et 3) la variété des opportunités offertes en milieu clinique. Voyons comment Windsor nous résume ces trois facteurs.

La qualité de la préparation des recrues est, en partie, tributaire du contexte organisationnel qui prévoit peu ou beaucoup le cheminement que connaîtront les nouvelles infirmières. A t'on prévu un programme d'orientation et d'initiation au travail? Est-ce qu'il y a un moniteur spécialement affecté à l'initiation des recrues en milieu hospitalier? Quelle est la durée de formation des recrues embauchées? L'initiation au travail prévoit-elle une sensibilisation théorique et pratique? Les recrues sont-elles évaluées à la fin de leur période de probation? Autant de questions qui détermineront le caractère et la qualité de la préparation des nouvelles infirmières.

De nombreux petits hôpitaux ne disposent pas de moniteurs spécialement assignés à la formation des recrues. Et pourtant, Windsor en fait un atout majeur de l'apprentissage des habiletés techniques. Sans moniteur, la recrue est laissée à elle-même, livrée aux aléas du contexte où elle se trouve. Avec

---

[10] Christman, N.J., 1971, p. 55.

beaucoup de chance, elle tiendra le coup et si par malheur le milieu se montre très agressif, seules les plus outillées sauront s'en sortir sans excéder la durée moyenne de socialisation au milieu.

Dans le cas où un moniteur veille à l'insertion des recrues au milieu clinique, ses caractéristiques personnelles et professionnelles seront un gage direct du résultat de l'apprentissage des habiletés. Nous reviendrons un peu plus loin sur les caractéristiques du moniteur idéal.

En ce qui a trait à la variété des opportunités cliniques avec lesquelles est confrontée la recrue, Windsor rappelle que non seulement la nouvelle infirmière a besoin qu'on lui explique et qu'on lui démontre une technique mais encore, elle requiert l'exercice clinique réel. Plus que cela, pour Gagné, il lui faut l'exercice répété d'une habileté, ce qui lui fait acquérir le sens de l'automatisme propre à l'intégration complète d'une habileté technique. En expliquant les principes fondamentaux d'apprentissage, Robert Gagné précise: "La phase d'acquisition de l'habileté motrice est d'abord l'apprentissage d'une routine d'exécution"[11] . Il ajoute:

> ... à côté de cette façon de procéder, la précision et la souplesse de la performance constituent les composantes essentielles de l'habileté motrice apprise, [en y associant] la répétition de la performance en plusieurs occasions.[12]

---

11 Gagné, R., 1976, p. 80.
12 Op. cit., p. 80.

Windsor quant à elle, insiste plus sur le contexte de la pratique des habiletés en milieu clinique que sur la répétition de l'habileté en tant que telle. "It is generally accepted in education and nursing that practice experience is a vital aspect of learning (...) Learning in the contextual setting of clinical practice confronts us with challenges wich are absent from the classroom"[13]. Le milieu clinique offre l'avantage d'expériences pratiques variées, ce qu'une classe théorique ne peut offrir à elle seule. En ce sens, les recrues bénéficient de toutes les caractéristiques de leur milieu de travail réel, lorsqu'elles sont directement intégrées et initiées en milieu hospitalier.

La nature des responsabilités, le nombre et la qualité des expériences techniques pratiques, en plus de la supervision compétente par un moniteur mandaté, permet une adaptation plus facile et une intégration progressive au milieu. Enfin, Windsor souligne l'importance de la qualité et de la quantité des communications de la recrue avec le milieu clinique en général.

> Students indicated that their relationship with instructors, staff nurses, students and patients was important in their clinical experience.[14]
>
> .....
>
> The students indicated that the more they talked with staff nurses the better their relationship became.[15]

Toutes les activités de la recrue expliquant le rendement qu'elle offre sont régies par les trois étapes fondamentales de la socialisation

---

[13] Windsor, A., 1987, p. 150.
[14] Op. cit., p. 152.
[15] Op. cit., p. 153.

professionnelle que nous avons expliquées en détail au chapitre premier, soit: 1) l'apprentissage des règles reliées à la tâche d'infirmière et la performance attendue; 2) l'identification au rôle d'infirmière selon un code transitoire d'expériences en essais et erreurs; 3) l'assurance du rôle vers une indépendance personnelle et professionnelle valorisée en proportion de la performance reconnue du milieu clinique.

Clément Julien (1988) pour sa part note l'écart important qui existe entre la connaissance théorique du rôle de l'infirmière et l'application pratique dans un contexte réel. Pour lui, l'appréciation du rendement suppose la reconnaissance des activités purement techniques et mécaniques qui accaparent le temps de l'infirmière et encore plus, de la recrue qui débute. En tant qu'enseignant au programme des techniques infirmières, il dit vouloir prendre la résolution de travailler dans un service infirmier une ou deux semaines par année. "Je renoue avec la PRATIQUE ... que l'on dit plus complexe que la THEORIE."[16]

4. L'organisation du travail

4.1 La gestion du temps

Windsor élabore des catégories d'apprentissage à l'intérieur desquelles l'organisation du temps est un élément tout à fait distinct. Les finissantes

---

[16] Julien, C., 1988, p. 57.

investissent une grande partie de leur temps afin d'étudier et d'emmagasiner de mémoire l'organisation cognitive d'une technique. Elles espèrent par là faciliter leur apprentissage et l'exercice des soins.

> Students clearly recognized the practice of nursing skills as a major function and area of learning in clinical experience. (...) [They] also devoted considerable time to studying and organizing cognitive material to facilitate their learning and nursing care. This involved "hitting the books and journals" and "pouring over charts for hours", consultig other health care providers; and writing papers.[17]

En pratique cependant, le temps alloué à cette activité comme à d'autres devient une source majeure de frustration. La raison en est simple: la planification des activités nursing requiert de s'adapter aux situations cliniques du moment. Souvent il faut remanier l'horaire fixé, et inévitablement on finit par demander à la recrue d'effectuer sur-le-champ une technique qu'elle n'a pas eu le temps antérieurement d'approfondir ni en théorie ni en pratique. Elle aura alors à dominer quantité de stress afin de structurer son intervention et répondre adéquatement à ce qu'on lui demande d'exécuter. "Time management was a major source of frustration for students. They often felt disorganized and explored a variety of ways to resolve this problem."[18]

Il devient essentiel alors d'avoir prévu pour les recrues des périodes structurées où elles peuvent observer une infirmière d'expérience et consulter cette dernière au sujet de l'organisation qu'elle donne à son temps de travail,

---

[17] Windsor, A., 1987, p. 151.
[18] Ibidem.

comme aux priorités de travail à reconnaître. Les nouvelles infirmières progressent dans leur socialisation professionnelle en observant les infirmières et en participant aux fonctions nursing afin d'apprendre comment agir comme une infirmière "learn how to act like a nurse"[19]. Autant les relations avec les infirmières d'expérience sont difficiles au début, autant cela est quand même considéré comme étant une part essentielle de l'apprentissage, particulièrement en ce qui concerne les habiletés motrices.

4.2 Le stress

A peu près tous les auteurs consultés rapportent le stress inhérent à la profession d'infirmière.

> Nursing is a stressful occupation. A particularly useful review of stress amongst nurses has been written by Marshall (1980). She emphasizes that nursing can be stressful on two counts: because competence as a skilled worker is constantly on trial; and because of constant awareness of vulnerability as a human being to the disabilities the nurse is caring for.[20]

Gunderson et Kennor ajoutent:

> Critical thinking and quick judgments are daily job requirements. It is difficult to become socialized into such a demanding role. Managers and clinical nurse specialists who are responsible for the socialization of NICU nurses are aware that nurses who feel

---

19 Ibidem.

20 Firth, H. et al., 1987, p. 227.

> alienated, stressed, or uncomfortable in their surroundings will leave.[21]

On peut résumer la position de l'ensemble des auteurs qui traitent du sujet à partir des commentaires de Windsor. C'est encore ce dernier qui trace le portrait le plus détaillé des sentiments vécus par les recrues. Lors de la première phase de socialisation les recrues démontrent les comportements suivants:

> ... they were very nervous and reported not sleeping well before clinical. They perceived clinical as "just doing skills like baths" with everything being new and scary to them. During this stage students felt very dependant on the instructor and unsure of themselves.[22]

L'insécurité personnelle envers sa propre valeur d'infirmière devient paralysante à certains moments et Windsor décrit le deuxième stade de la socialisation professionnelle des infirmières comme étant celui du "fonce ou craque". Certaines recrues se sentent cependant moins accablées par les habiletés psychomotrices à contrôler et anticipent l'exploration d'autres aspects de la profession. D'autres encore parmi elles en viennent à se demander quel est le rôle de l'infirmière en dehors de son caractère technique.

> Some students felt very confused at this stage because they were unsure what nurses do besides the psychomotor tasks. (...) They expressed the desire to provide good patient care and had some concerns that they would be unable to accomplish that goal.[23]

---

21 Gunderson et Kenner, 1987, p. 20.
22 Windsor, A., 1987, p. 152.
23 Op. cit., p. 152.

Ce n'est qu'au moment où la nouvelle infirmière peut multiplier les expériences cliniques en faisant preuve d'un comportement pertinent, qu'elle connaîtra un stress plus fonctionnel, plus agréable, qui lui permette de mettre ses apprentissages au défi. "They felt more comfortable about not knowing everything because "I know I can find the answers". They studied less for clinical and began to "feel like a nurse (...) all of the time"".[24]

Néanmoins, ce cheminement s'avère plus ou moins long d'autant que chaque fois qu'elle se bute à de l'inconnu ou à un nouvel environnement clinique, la recrue sent le fossé qui la sépare des infirmières plus expérimentées. Elle doit assumer un stress à multiples facettes, envers le personnel infirmier, les patients et la tâche elle-même.

> Suddenly, new nurses find themselves in an unfamiliar work environment with different role expectations. Anxiety and role dysfunction ensue. Those who probably have been highly successful in their previous roles no longer feel secure. Creeping and crawling forward is the most they can hope for at this point of development.[25]

Lors d'étapes ultérieures de développement la recrue réalise davantage la complexité des cas cliniques à traiter de même que la difficulté du rôle infirmier à tenir. Cependant le niveau d'anxiété diminue. "Nurses are beginning to sit and stand, assuming, more upright positions as the weight of anxiety of the previous stage is lessening."[26]

---

[24] Ibidem.
[25] Gunderson et Kenner, 1987, p. 22.
[26] Ibidem.

5. Facteurs d'intégration et de rétention des recrues

5.1 Relation avec les infirmières d'expérience

C'est Windsor, on l'a vu, qui rapporte le plus les détails du quotidien vécu par les recrues auprès des infirmières d'expérience. Les nouvelles qui ont la possibilité de consulter les plus expérimentées et qui, en plus, peuvent associer un mentor à leur image idéalisée, pourront plus facilement s'identifier à leur rôle. Gunderson et Kenner pensent de la même façon: "Staff retention can be a major outcome only if positive adaptation and socialization [ ] occurs in the NICU"[27]

Les recrues admettent elles-mêmes que malgré la difficulté et le découragement qui les attendent, ce rapport entre nouvelles et anciennes est nécessaire et bénéfique.

"Although relating to staff nurses was difficult at first, it was valued as an important part of learning"[28]. Gunderson et Kenner poursuivent dans le même sens:

> If the mentoring process is successful, the nurses make the transition into independent and capable practitioners. Generally, when role congruency accompanies feelings of self-worth and self-esteem, job satisfaction results. The likelihood of leaving a job that fosters such positive feelings is decreased.[29]

---

[27] Gunderson et Kenner, 1987, p. 20.
[28] Windsor, A., 1987, p. 152.
[29] Gunderson et Kenner, 1987, p. 23

C. Julien va jusqu'à dire que les moniteurs de stage jouent un rôle primordial dans l'apprentissage des habiletés mais il ajoute: "j'ai acquis cette conviction: les étudiantes doivent faire un stage dans un milieu stimulant avec supervision assurée par une infirmière de [l'unité] même."[30]

Windsor rappelle à son tour l'importance du personnel clinique auprés des recrues:

> The majority of the responses about staff nurses were overwhelmingly positive. The students generally perceived them as knowledgeable, helpful, and understanding. The staff nurses "were the ones who knew the patient best; now I usually ask them my questions".[31]

5.2 Règles ou comportements favorisant l'intégration

Pendant que les recrues mettent un soin particulier à se rendre aimables à leurs collègues d'expérience, celles-ci peuvent faciliter l'adaptation des nouvelles infirmières. En effet, les recrues citent l'importance de la qualité des relations interpersonnelles avec l'équipe de soins afin de favoriser leur intégration. Que des feed-back positifs soient donnés au sujet du travail, qu'une évaluation continue et constante soit offerte, que le personnel ait du temps à perdre auprès des recrues, ce sont tous des éléments toniques en période de socialisation.

---

30 Julien, C., 1988, p. 57.
31 Windsor, A., 1987, p. 153.

Pour l'apprentissage des habiletés techniques, la réassurance et la confiance dans la capacité d'une recrue, semblent les attitudes les plus propices à une meilleure intégration. L'honnêteté, la chaleur humaine, le respect et l'enthousiasme sont les comportements les plus appréciés chez le superviseur comme chez les infirmières d'expérience. (Windsor, 1987)

5.3 Rôle du superviseur

Le moniteur idéal selon Windsor se décrit comme suit: il transmet ses connaissances sans se substituer à la recrue. Il apporte avec lui, une atmosphère détendue où même les habiletés les plus compliquées paraissent simples et bien menées. Le superviseur définit clairement ce qu'il attend des recrues et leur fournit un feed-back honnête de leur performance. Il confronte les nouvelles à des situations cliniques réelles et s'attend à une performance élevée de leur part. En même temps, il sait percevoir l'essentiel d'une situation clinique de sorte qu'il peut en tracer le portrait à ses candidates, les diriger tout en ayant prévu les pièges impossibles à anticiper par la recrue. "J'ai besoin de sentir que le superviseur a pensé des choses auxquelles je n'aurais jamais songé moi-même."[32]

Trente pour cent des réponses dans l'étude de Windsor (1987) avait trait au superviseur clinique. A ce sujet, les recrues mentionnent qu'elles ont besoin de se sentir libres d'interroger le superviseur sans paraître

---

32 Traduction libre de Windsor, 1987, p. 153.

l'embarrasser ou le harasser. Les nouvelles candidates observent aussi le genre de relation qu'entretient le moniteur avec les patients, l'équipe de travail, l'administration de l'hôpital s'il y a lieu. L'atmosphère qui en découle amène la recrue à porter un jugement sur la crédibilité du moniteur et sur sa valeur réelle.

Les feed-back donnés par le superviseur le sont en privé, à intervalles réguliers et sans rappeler l'aspect de dépendance de la recrue envers l'équipe. Les nouvelles infirmières désirent acquérir une indépendance progressive et en ce sens, préfèrent moins de surveillance assidue au fur et à mesure de la progression de l'expérience clinique. Par contre, peu importe le moment de l'orientation, la première expérience technique est vécue avec inquiétude et le désir d'être étroitement encadrée est toujours bien présent: les étudiants disent "je ne suis pas sûre de ce que je fais."[33]

Si l'instructeur est trop flexible et laxiste au niveau de ses attentes envers les recrues, ces dernières se sentent insatisfaites de la qualité de leur performance. Elles aiment sentir que l'expérience a été difficile mais réussie.

Le superviseur idéal se présente comme une personne très humaine et amicale, qui prend soin de ses protégées en tant qu'individus de valeur. Un instructeur nerveux et contracté est d'un effet terrible pour les recrues; déjà

---

33 Traduction libre de Windsor, 1987, p. 154.

trop d'anxiété les habite sans qu'il leur faille assumer l'inconfort de leur titulaire.

Le bon superviseur sait protéger ses recrues des commentaires désobligeants du personnel infirmier. Il ne leur masque pas pour autant la dure réalité du combat qui les attend. De la même manière, il sait accueillir la multitude des questions et peut puiser dans ses compétences et ses expériences passées afin d'y répondre. Enfin, il laisse suffisamment d'initiative à la recrue parce qu'il se sait qualifié et capable d'assurer le contrôle des actes infirmiers exercés par les recrues.

L'excellent moniteur fait émerger le potentiel caché, encore incertain de la candidate. Il est le catalyseur des capacités latentes de la recrue. Windsor conclut:

> This study indicated that many aspects of the clinical environment affect the quality of the students' experience. The instructor emerged as an important variable in clinical. The characteristics and behaviors of the instructor desired by nursing students, have been studies with consistent results. More rigorous studies would help clarify categories but there is already information available that would be valuable in helping nurse educators to better meet the needs of the students [and new nurses].[34]

---

[34] Op. cit., p. 154.

5.4 Le mentor ou le prolongement du rôle du superviseur chez les infirmières

Nous venons de constater le très grand rôle du superviseur auprès des recrues. I.J. Bajnok et P. Gunderson & A. Kenner croient qu'à l'intérieur de l'exercice de leur profession les infirmières, même après leur période de probation, ont aussi besoin d'une personne-ressource essentielle à leur croissance professionnelle. C'est le rôle du mentor que de permettre cette extension du rôle du superviseur. Le mentor, vu comme un collègue exceptionnellement pourvu de générosité, est l'infirmière compétente et crédible qui peut offrir à une collègue son appui et ses connaissances afin d'aider cette dernière à augmenter son assurance et sa compétence auprès des patients.

Il s'agit d'un rôle purement désintéressé presque symbolique. Bajnok pense que c'est là un moyen pour les infirmières de se rendre plus solidaires les unes des autres, et ainsi reprendre le sens de l'appartenance à une profession, nécessaire à la survie des infirmières en tant que groupe.

> As individuals and as a profession, nurses have had to start at the beginning with each new generation, each new issue, each new challenge. Increased colleagueship and mentorship would enhance nursing by encouraging new ideas and solutions within the profession and within the health care system. As concepts that incorporate learning, supporting and growing together, and moving forward, colleagueship and mentorship are keys to the survival of nurses and their profession.[35]

---

[35] Bajnok, I.J., 1988, p. 16

De la même façon que les recrues ont besoin d'un soutien efficace en période de socialisation professionnelle, elles auront aussi besoin d'être accompagnées au cours de leur carrière, afin de progresser et d'accroître les habiletés dont elles disposent. Le superviseur accompagne les recrues pendant une ou deux semaines lors de l'embauche des nouvelles infirmières. Il initie la recrue à son nouveau milieu. Le mentor assurera la continuité de ce processus.

> A mentor is a special type of colleague. In an informal relationship, the mentor - an established, usually older professional - guides, counsels and teaches the techniques of survival and success to a novice. (...) Nurses with power and experience can prepare promising young nurses for leadership and help them find success. Mentors can help novices define themselves as a professional registered nurses.[36]

L'auteur poursuit en ajoutant que le mentor peut aider la recrue à intégrer, dernière étape du processus d'apprentissage, les aspects particuliers du nursing, les règles formelles et informelles et les notions de pouvoir à l'intérieur de l'institution où elle travaille. "The mentor shares wisdom and sharpens the novice's ability to see all variables in a professional situation."[37]

Gunderson et Kenner de leur côté, déplorent la pauvreté de la littérature concernant le rôle du mentor en milieu clinique. En plus de promouvoir le support professionnel et un climat de confiance nécessaires en période de

---

[36] Op. cit., p. 17.
[37] Op. cit., p. 17.

socialisation, le mentor concourt à la rétention du personnel nouveau. Il s'agit d'une stratégie des plus créatrices spécialement à l'intérieur d'unités spécialisées où l'environnement très complexe nécessite un guide qualifié et un bon pilote pour chaque recrue.

En 1980, Pilette rapporté par Gunderson disait: "A nurse with a supportive mentor in the workplace will find herself less stressed, better able to demarcate her professional expertise, and functioning closer to her ideals."[38]

Enfin, pour que la recrue puisse rencontrer un mentor, Bajnok suggère:

1- De proposer et d'implanter un système de boîte aux lettres où la jeune infirmière indique les habiletés qu'elle voudrait maîtriser.

2- Que la recrue ose demander à une infirmière qu'elle admire de l'aider à améliorer son travail.

3- Que la recrue montre son enthousiasme et sa volonté d'être compétente envers son futur mentor. Le mentor aime investir son énergie "in a winner".

---

[38] Gunderson et Kenner, 1987, p. 24

4- De profiter d'une rencontre ou de quelques minutes au hasard d'une pause-café pour initier une conversation qui pourra amener un mentor à s'intéresser aux progrès d'une recrue.

5- De chercher à voir et être vue, afin d'établir un réseau de connaissances favorable à la croissance professionnelle des recrues. Pour cela il faut que la recrue ose et fonce.

En admettant qu'une jeune infirmière puisse ne pas manifester toutes ces attitudes et comportements, Bajnok suggère que de leur côté les infirmières se sentant l'âme d'un mentor, puissent elles aussi initier les premiers pas vers une relation "mentor-mentee", selon la dénomination de Gunderson et Kenner.

Ainsi une infirmière est sur la voie du mentorship lorsque:

1- Elle est attentive à l'idée qu'elle pourrait servir de mentor à des collègues moins expérimentées.

2- Elle désire partager ses connaissances et sa vision du travail qu'elle accomplit auprès d'une recrue qui, en retour, peut profiter de son expertise.

3- Le fait d'être consultée et de partager son expérience lui apporte satisfaction au niveau de sa tâche, de son rôle.

4- Diriger et promouvoir le talent des recrues lui fournit un niveau de responsabilité qu'elle se sent apte à contrôler.

5- Elle peut initier les premiers pas d'une relation "mentor-mentee" et inviter une recrue à se joindre à elle en période de socialisation.

Processus de communication, de socialisation, la période d'introduction à la vie professionnelle de l'infirmière en est une où les relations interpersonnelles sont des plus importantes et des plus déterminantes quant au succès futur de la jeune infirmière. Cependant, le peu d'examen sur les conditions environnementales dans lesquelles s'effectue la période de socialisation, laisse encore de nombreux aspects incontrôlés.

> The lack of research-based planning and implementation of clinical education is a disturbing deficit in the nursing profession. This study reveals many questions which need to be systematically answered.[39]

Cependant, malgré le petit nombre des recherches recensées, l'évidence des problèmes de socialisation se remarque surtout au niveau d'habiletés spécifiques à maîtriser de la part des recrues, des craintes et d'angoisses ressenties par ces dernières, d'un manque d'appui ou d'assistance en début de carrière et peut-être enfin, d'une perception contrefaite du niveau d'habileté réel des infirmières débutantes. Autant de domaines à explorer, autant de mises au point qui pourraient aider à la formation des promotions futures d'infirmières.

---

[39] Windsor, A., p. 154.

CHAPITRE III

Méthodologie de la recherche

Une fois le cadre théorique décrit et la revue de la littérature complétée, il restait à trouver un moyen de vérifier la perception des habiletés de soins chez les recrues et chez les infirmières d'expérience.

1 Elaboration du questionnaire

Pour effectuer cette vérification de la perception des habiletés, il nous fallait d'abord nous assurer que nous avions une vision assez globale de ces habiletés ou en d'autres mots, que la description que nous faisions de la tâche d'une infirmière en soins aigus était assez exhaustive.

Un article de N.J. Christman (1971) nous a inspiré dans la façon de reconnaître et de formuler les habiletés cliniques de l'infirmière. Celle-ci propose une grille qui veut représenter les principaux aspects de la fonction. Elle retient sept descriptions qui sont formulées en termes d'habiletés générales. Malheureusement, certains aspects du rôle étaient absents de cette grille et il nous a fallu les ajouter afin de rendre la description des habiletés tout à fait complète. Onze propositions ont finalement été

retenues, qui nous paraissaient bien décrire tous les aspects du rôle de l'infirmière.

Afin de faire une première vérification, nous avons présenté cette liste à trois collègues ayant des expériences différentes de la pratique des soins infirmiers. Sauf quelques corrections mineures ou précisions d'un terme ou l'autre, ceux-ci nous ont confirmé que notre description était exacte. Nous pouvions donc assumer un bon niveau de validité.

Suite à une analyse sémantique, nous avons constaté que certaines descriptions comportaient deux dimensions, soit: 1) la connaissance théorique d'un item et 2) son application pratique en clinique, ou encore comportaient réellement deux éléments différents. Les propositions visées par ce dédoublement sont les énoncés 1, 4, 6, 7, 10 et 11 des habiletés formulées. Dans ces six cas, deux nouvelles propositions ont été élaborées qui remplaçaient la proposition originale bidimensionnelle. C'est d'ailleurs ce qui a fait passer de 11 à 17 le nombre des questions évaluées.

Les dix-sept propositions retenues étaient des descriptions d'habiletés. Afin de les utiliser dans un sondage qui permette au répondant d'exprimer sa perception de sa compétence pour chacune des habiletés, elles ont été reformulées sous la forme d'énoncés ou d'expressions personnelles d'un sentiment ou de la maîtrise d'une capacité. Ainsi une description telle que: "Etre capable de reconnaître et de décoder la signification des abréviations utilisées en spécialité" est devenue l'expression d'une perception personnelle

de sa capacité, soit "Je reconnais et je décode rapidement la signification des abréviations couramment utilisées en spécialité".

Pour chacune des propositions ainsi formulées, on a établi une échelle de type Likert, allant de "jamais" à "toujours" ou de "pas du tout" à "parfaitement". Les répondants devaient donc exprimer leur perception de leur capacité en se situant sur cette échelle en cinq points.

La première page du formulaire-sondage présentait les directives adaptées à chacun des groupes, une assurance de la confidentialité des réponses ainsi que les demandes d'informations habituelles sur les caractéristiques du répondant.[40]

2. Modèle expérimental

Pour tenter de répondre à notre question de recherche, il nous fallait vérifier la perception que les recrues ont de leur habileté, et aussi chercher à connaître la perception que les infirmières d'expérience ont de l'habileté des recrues. La distance entre ces deux perceptions pourraient éventuellement expliquer certaines difficultés d'adaptation ou de socialisation, mais elle pourrait aussi susciter plusieurs autres interprétations qui aideraient à comprendre le phénomène que nous étudions.

---

[40] Voir les deux exemplaires du questionnaire en annexe.

Le modèle pouvait donc être assez simple, soit la passation du même sondage à deux groupes différents, l'un composé de recrues, l'autre infirmières d'expérience. Notre critère pour distinguer les deux groupes était les années d'expérience. Etait considérée recrue, une personne qui avait moins de un an d'expérience, et dans le deuxième groupe, nous avons retenu seulement des personnes ayant plus de six ans d'expérience.

L'utilisation d'un même questionnaire auprès des deux groupes nous permet de vérifier notre hypothèse principale qui, présentée sous la forme nulle s'énonce ainsi: "Il n'y a pas de différence entre la perception que des infirmières débutantes, les recrues, ont de leur habileté et le jugement que portent les infirmières expérimentées sur l'habileté des recrues. Pour chacune des habiletés qui ont été divisées en un aspect cognitif, le savoir, et un aspect pratique, le savoir-faire, nous nous demanderons s'il y a correspondance entre les deux ou si la perception est différente quand on s'exprime sur un aspect ou l'autre. De même, en analysant les moyennes de toutes les réponses nous pourrons constater si certains domaines sont perçus différemment et où sont les plus grandes difficultés d'adaptation et de maîtrise des habiletés.

3. Consignes

Le même questionnaire a été utilisé pour les deux groupes, mais les consignes étaient différentes. Aux recrues, on demandait de répondre pour

elles-mêmes, c'est-à-dire en indiquant leur perception de leur compétence pour chacune des affirmations présentées.

Le groupe des infirmières d'expérience avait pour consigne de répondre au questionnaire en tentant de juger des habiletés cliniques maîtrisées par une jeune recrue infirmière. Il s'agissait de répondre aux questions en se plaçant dans la peau d'une recrue et de la façon dont cette dernière devrait remplir le questionnaire si elle était bien consciente de ses habiletés et des difficultés rencontrées.

De plus, chez les recrues, nous avons préféré mélanger les questions de manière à ne pas faire se suivre deux propositions se rapportant au même thème. Nous pensions ainsi avoir une idée plus juste de la congruence des réponses lorsque les deux questions se subdivisaient en différents niveaux d'habiletés. Cette précaution nous a semblé moins importante chez les infirmières d'expérience et à ce titre, les questions étaient proposées dans un ordre défini.

4. Déroulement de l'expérimentation

Les répondants ont été choisis au hasard des disponibilités départementales des centres hospitaliers visités. En fait, pour ce qui est du groupe des infirmières d'expérience, nous avons sélectionné 20 personnes travaillant en majorité de jour et qui pouvaient nous accorder environ 20

minutes de leur temps de travail. Chaque infirmière était rencontrée individuellement sur l'unité. Les consignes du questionnaire lui étaient résumées et la personne était invitée à lire attentivement la page de garde du questionnaire afin de bien saisir toutes les recommandations. Dans la mesure du possible nous avons insisté pour que le questionnaire soit complété dans un local réservé à cet effet mais en dépit de cela, plusieurs répondants ont dû assurer leur service entre deux réponses au questionnaire. Les 20 répondants "infirmières d'expérience" proviennent toutes du Centre hospitalier Cloutier de Cap-de-la-Madeleine.

Il n'en a pas été de même des recrues qui se sont partagées à travers trois centres de la région soit le Centre hospitalier Cloutier, le Centre hospitalier Régional de la Mauricie et le Centre hospitalier Ste-Marie. Le nombre des recrues par centre est très faible, d'une part en raison de la pénurie des infirmières et d'autre part en raison de l'absence de statut temps complet pour ce groupe de travailleuses, de sorte que l'on observe une migration des recrues vers les grands centres urbains de Montréal et de Québec, où les garanties de travail sont assurées par contrat de service. Ainsi, il a fallu se déplacer surtout le soir et la nuit afin de réussir à cumuler les quelques entrevues obtenues.

5. Echantillon retenu

En particulier à cause des conditions très particulières discutées plus haut et du climat assez perturbé qui régnait dans le milieu pendant notre période d'expérimentation[41] nous avons constaté, à la cueillette des questionnaires, que certaines consignes n'avaient pas été comprises ou suivies, surtout dans le cas des infirmières d'expérience qui ne devaient pas se classer elles-mêmes, mais bien répondre au nom d'une recrue. Dans ces cas, deux seulement, nous avons éliminé complètement le sujet. Il ne compte pas dans le total des répondants et ni ses caractéristiques ni ses réponses n'ont été compilées.

6. Caractéristiques des répondants

L'âge des recrues varie entre 19 et 41 ans. Celui des infirmières d'expérience entre 26 et 52 ans. L'histogramme de la figure 1 illustre la distribution selon les groupes d'âges. Aucun représentant masculin ne figure parmi les recrues tandis que trois hommes sont au nombre des infirmières d'expérience.

---

41 Il s'agit des mois d'août et septembre 1989 pendant lesquels on a connu des grèves et arrêts de travail à cause des négociations.

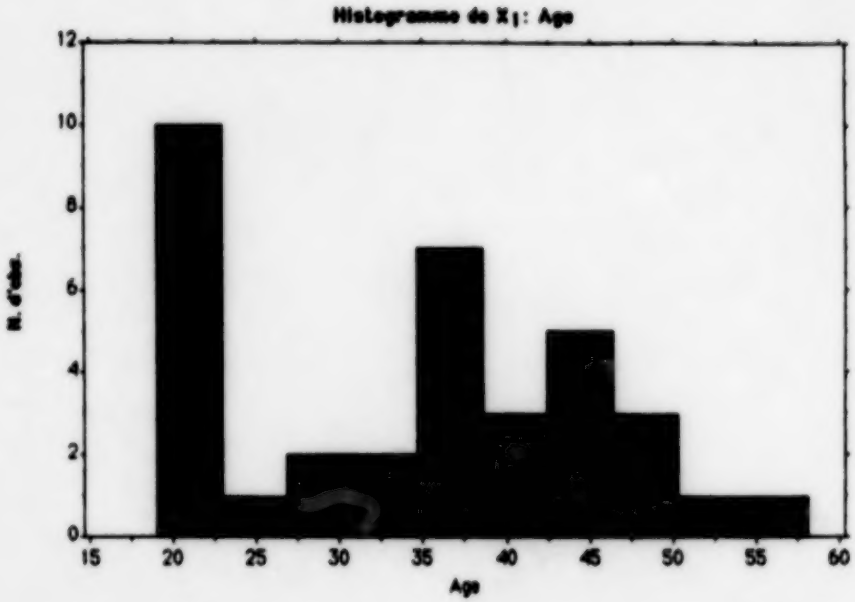


Figure 1: Pyramide des âges répartis par tranche de trois ans et demie

La majorité des candidats des deux groupes détiennent une formation de base seulement, cégep ou cours d'une école d'infirmières. Quatre répondants signalent une formation supérieure, soit un certificat ou encore un baccalauréat.

Chez les 15 recrues, une seule présente un profil de plus d'une année d'expérience (13 mois). Nous avons conservé les réponses de cette recrue au même titre que les autres parce que plus d'un mois de son travail d'infirmière avait été complété à ses frais, donc en dehors du décompte d'ancienneté de l'hôpital. Les 14 autres ont débuté leur carrière au mois de mai 1989: ce qui correspond à environ 5 mois d'expérience clinique.

Du côté des infirmières d'expérience, toutes, à l'exception d'une seule, ont plus de dix ans d'expérience en milieu clinique toujours. La majorité d'entre elles évoluent en soins de courte durée, par opposition au milieu gériatrique par exemple.

Enfin, signalons que tous les répondants étaient consentants à répondre à notre questionnaire. Ainsi, bien que les autorités administratives de tous les centres hospitaliers aient contribué à fournir les noms des candidats, aucun n'a été tenu de nous répondre contre son gré.

Dans le prochain chapitre nous allons analyser les perceptions exprimées par les répondants à partir des données obtenues pour l'ensemble des habiletés sur lesquelles porte le questionnaire.

CHAPITRE IV

Interprétation des résultats

Dans le chapitre précédent, nous avons décrit l'instrument que nous avons utilisé pour faire notre sondage, les conditions d'expérimentation ainsi que les caractéristiques de la population que nous avons retenue. Il nous reste maintenant à présenter les données recueillies par le sondage et en faire l'analyse pour vérifier les hypothèses que nous avons posées.

Ce chapitre sera donc divisé en trois parties. La première s'arrêtera à discuter de l'hypothèse principale et les deux autres à chacune des deux autres questions de notre recherche. Pour orienter la discussion, il convient ici de rappeler ces trois éléments.

L'hypothèse principale, présentée dans la forme nulle, était énoncée ainsi: "Il n'y a pas de différence entre la perception que les infirmières débutantes, les recrues, ont de leurs habiletés et le jugement que portent les infirmières expérimentées sur l'habileté des recrues".

Mais il n'y a pas que la mesure de la différence entre les attitudes des recrues et celles des expérimentées qui a été analysée. Nous avons aussi comparé les moyennes de toutes les réponses afin de faire ressortir et interpréter les écarts entre les différents items du rôle de l'infirmière.

Enfin, le troisième aspect touché a été la correspondance entre les réponses aux questions à caractère cognitif et leur pendant à caractère pratique, évaluant le savoir-faire. Les recrues ont-elles été consistantes dans leurs réponses quant à leur perception des différents niveaux d'habileté? Et les infirmières d'expérience ont-elles fait de même?

1. Vérification de l'hypothèse principale

Afin de tester la pertinence de cette hypothèse, nous avons soumis les résultats obtenus à différentes analyses statistiques. Tout d'abord, pour chacune des 17 questions du sondage, nous avons séparé les résultats obtenus par les recrues et ceux des infirmières d'expérience, ce qui nous a donné 34 séries de résultats que nous avons cependant maintenus par groupe de deux, ou par paires, recrues et expérimentées, pour chacune des questions. Pour chacun des groupes, nous avons calculé la moyenne et l'écart type, et ensuite pour chacune des paires de moyennes nous avons effectué le test-T pour évaluer si la différence de moyennes était significative ou non. Nous avons fixé au niveau de 5% le niveau de probabilité retenu comme significatif. Ce niveau nous apparaît assez conservateur étant donné le type de questionnaire, le nombre de réponses possibles et la taille de notre échantillon.

L'entrée des données ainsi que les calculs statistiques ont été faits avec un micro-ordinateur Macintosh et le logiciel Statview 512+. Plusieurs des tableaux et figures ont aussi été produits à l'aide de ce logiciel américain, ce

qui explique que la présentation ne soit pas conforme au reste du texte. On nous en excusera, et les habitués comprendront que dans de tels cas il est impossible de modifier le programme.

Comme les données obtenues dans notre sondage sont à la fois multiples et très riches, nous nous permettrons de les communiquer le plus objectivement possible et ensuite, ou simultanément, de les interpréter à la lueur de notre centre d'intérêt et des opinions recueillies dans la revue de la littérature sur le sujet.

Dans un premier temps, il nous est apparu intéressant de présenter visuellement dans une même figure les moyennes de tous les groupes. A la figure 2 nous retrouvons donc les moyennes des 34 groupes exprimées par un point, ainsi que l'écart type exprimé par une ligne verticale terminée par un tiret à chaque bout. Pour chaque question, les résultats des recrues sont donnés en premier et sont donc numérotés impairs et ceux des infirmières expérimentées se trouvent aux chiffres pairs. Avant de faire une analyse statistique, nous sommes forcés de constater à l'inspection de la figure, que dans tous les cas, pour toutes les questions, les recrues ont une perception plus positive de leurs habiletés que n'en ont les infirmières d'expérience. Ainsi, les expérimentées jugent plus sévèrement le rendement des nouvelles que ne le font les nouvelles envers elles-mêmes. La figure 2 introduit parfaitement bien ce constat alors que nous observons, pour les 17 questions sur l'axe des X, une constante évaluation à la hausse des réponses des recrues par rapport à celles des expérimentées. L'écart type est plus ou moins

important selon le thème de la question mais il n'en demeure pas moins que l'évaluation est toujours plus positive chez les recrues.

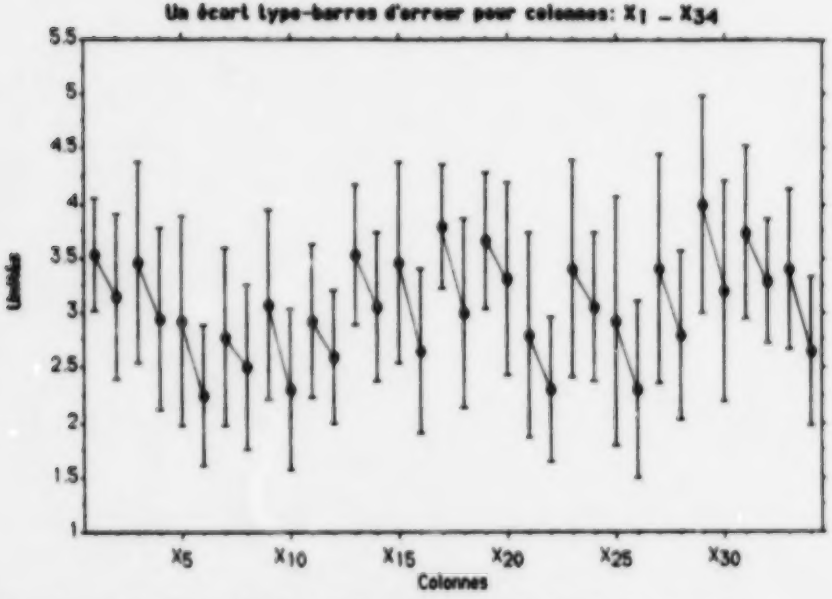


Figure 2: Moyennes et écarts types des recrues et des infirmières d'expérience pour les 17 questions du sondage.

Comme nous l'avons déjà signalé, nous avons effectué un test-T de différence significative pour les 17 comparaisons possibles de moyennes entre les résultats des recrues et ceux des infirmières expérimentées.

En retenant seulement les habiletés où il y a une différence significative, c'est-à-dire là où la probabilité d'un effet dû au hasard est inférieure à 0.05, nous observons que six questions posées correspondent à

des habiletés où les différences sont significatives entre les deux groupes. Ces six questions sont les suivantes:

Question 3 :

Techniques de préparation et de suivi des épreuves diagnostiques.

Question 5 :

Soins d'urgence et organisation des activités prioritaires.

Question 8 :

Connaissance du champ de pratique de l'infirmière.

Question 9 :

Exécution des techniques de soins.

Question 13:

Connaissance et décodage des abréviations.

Question 17:

Evaluation de la compétence professionnelle.

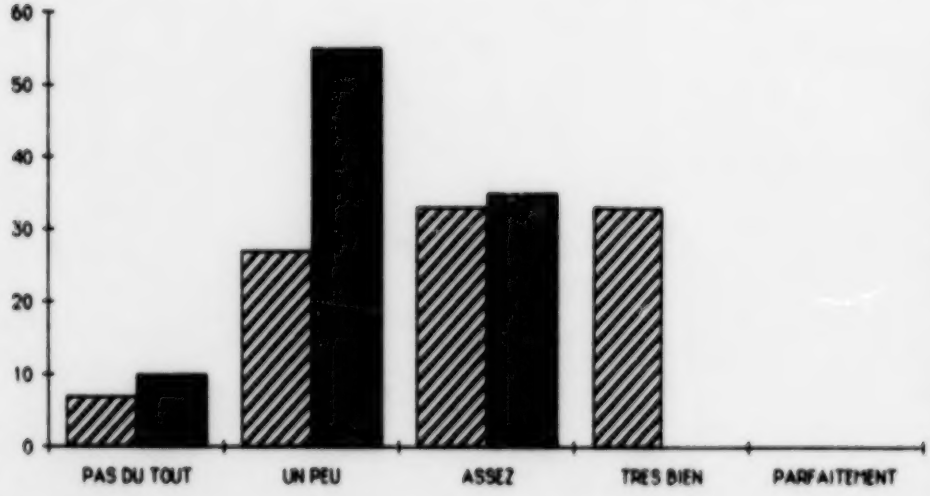
Nous avons regroupé dans le tableau 1 les principales statistiques pour chacune de ces questions, soit les moyennes et écarts types pour les deux groupes, ainsi que les différences de moyennes et leur degré de signification. On pourra donc au cours de la discussion de chacune des questions retenues se référer à ce tableau. Pour chacune de ces six questions nous allons aussi présenter un histogramme comparatif des pourcentages obtenus par les deux groupes. Ces tableaux permettront à la fois de visualiser la répartition des réponses tout en faisant les comparaisons appropriées.

TABLEAU 1

Les moyennes, les écarts types et leurs différences pour chacune des questions où la différence des moyennes est significative

Questions	Recrues		Expérimentées		Différences de moyennes	Degrés de signification (%)
	Moyennes	Ecarts types	Moyennes	Ecarts types		
3	2.93	0.96	2.20	0.63	0.73	0.028
5	3.07	0.86	2.30	0.73	0.77	0.054
8	3.46	0.91	2.65	0.74	0.81	0.028
9	3.70	0.56	3.00	0.85	0.70	0.035
13	2.93	1.14	2.30	0.80	0.63	0.021
17	3.40	0.73	2.65	0.67	0.75	0.003

L'analyse des résultats obtenus à partir de la question 3 qui s'énonce ainsi: "je contrôle les techniques de préparation et de suivi des épreuves diagnostiques utilisées en centre hospitalier actif", nous permet de constater que la différence de moyenne est de 0,73 entre les recrues et les expérimentées et la probabilité d'un effet dû au hasard est de 0,028. Pour cette question, les recrues offrent des réponses très étalées puisque l'écart type est de 0,96. Les perceptions vont de "pas du tout" (1) à "très bien" (4) avec une moyenne de 2.9, ce qui représente une évaluation intermédiaire de la maîtrise de l'habileté, comme nous le montre la figure 3.



Oblique: Recrues Pointillé: Infirmières expérimentées

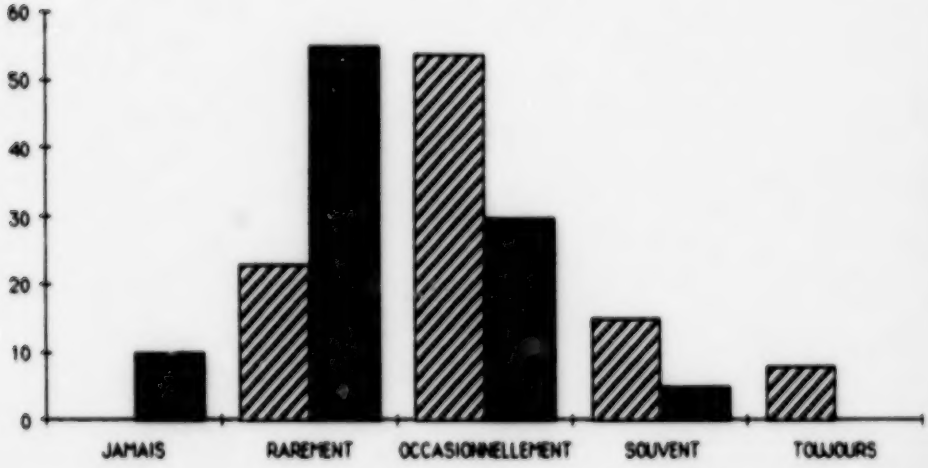
Figure 3. Histogramme comparatif des pourcentages obtenus par les recrues et les infirmières expérimentées à la question 3 portant sur le contrôle des épreuves diagnostiques.

Cela pourrait paraître étonnant à première vue, étant donné le peu de formation académique à l'école et en période d'orientation, sur le sujet précis des préparations aux épreuves diagnostiques. Les infirmières d'expérience semblent aussi de cet avis puisqu'elles se montrent beaucoup plus réservées dans leurs réponses. Les limites exprimées vont de "pas du tout" à "assez" ce qui est confirmé par un écart type de 0,63 seulement et la moyenne des réponses se situe à 2,20 ce qui équivaut à "un peu".

Dans le cas de la question 5 qui considérait l'organisation des activités prioritaires en regard d'une situation d'urgence: la différence de moyenne

entre les deux groupes se situe à 0,77 tandis que la probabilité est à 0,054. Pour cette question, certaines infirmières d'expérience ont été jusqu'à utiliser la cote 1 c'est-à-dire "jamais", afin d'indiquer leur perception de l'incapacité des recrues à organiser leur travail en situation d'urgence. L'écart type important de 0,73 nous fait constater un grand étalement des réponses pour une moyenne de 2.3 soit un peu plus élevée que "rarement", comme on peut le constater à la figure 4. Chez les recrues, aucune ne s'est attribuée le minimum de l'échelle. Le score moyen des réponses (3,07) nous semble particulièrement élevé compte tenu du domaine évalué, les soins d'urgence. Une recrue s'est même perçue "toujours" apte à diriger les bonnes actions nursing en cas d'urgence. C'est une attitude qui nous a beaucoup étonné au sens où même les infirmières expérimentées se disent souvent anxieuses face à l'efficacité de leurs actions en situations d'urgence. Les soins d'urgence étaient le secteur d'activités qui devait, selon nous, fournir le plus de différences entre les deux groupes et les plus bas niveaux de compétence attribués aux recrues. De fait, c'est à ce sujet que l'on constate la plus grande différence de perception, mais d'autres items comme la connaissance des épreuves diagnostiques ou la maîtrise des abréviations en spécialité ont semblé amener les mêmes perceptions chez les infirmières expérimentées avec un écart type à peu près semblable. En raison des critiques maintes fois entendues au sujet du manque de compétence des recrues en situation d'urgence, nous croyions que toutes les infirmières d'expérience interrogées auraient signifié leur faible appréciation du rendement des recrues. Les résultats, bien que l'échantillon soit petit, nous

portent à croire que la perception du rendement des recrues est beaucoup moins négative qu'anticipée.

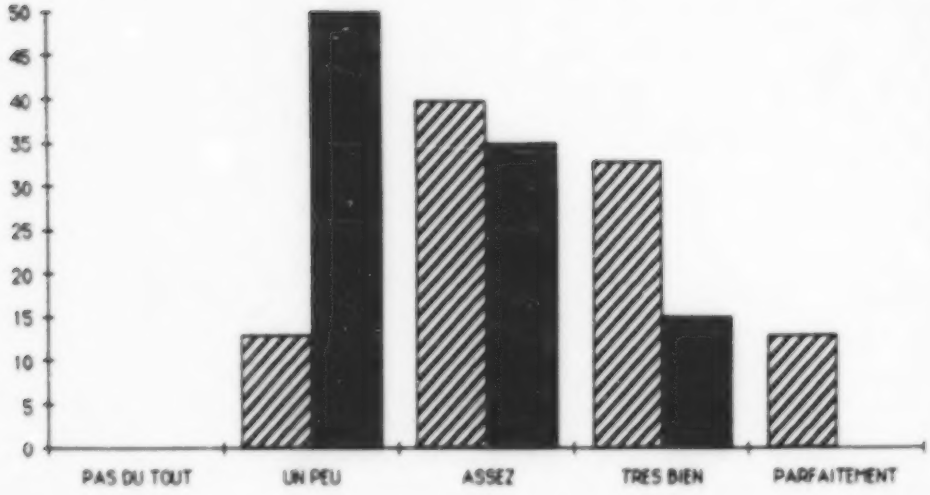


Oblique: Recrues Pointillé: Infirmières expérimentées

Figure 4. Histogramme comparatif des pourcentages obtenus par les recrues et les infirmières expérimentées à la question 5 portant sur les activités prioritaires en situation d'urgence

La question 8 qui, elle, vérifiait la perception de la connaissance du champ pratique en affirmant: "je sais ce que l'on entend habituellement par "Limites de mon champ de pratique"", figure aussi parmi les questions où la différence des moyennes est élevée, 0,81 au tableau 1. Avec un écart type de 0,91 chez les recrues, l'étalement des résultats est plus appréciable que chez les infirmières expérimentées, 0,74.

Les recrues considérent qu'elles savent ce que l'on entend par "limites du champ de pratique de l'infirmière". Leurs réponses se situent autour d'une moyenne de 3,46 ce qui se rapporte à une valeur intermédiaire entre "assez" et "très bien". La figure 5 montre cette répartition des réponses. Ce résultat correspond à nos attentes du fait que la formation au cégep prévoit un volet légal des obligations et limites de l'acte infirmier. De plus, savoir ce que l'on entend par "limites du champ de pratique" équivaut à une habileté cognitive. Nous pensons, a priori, que les recrues maîtrisent plus de savoir que de savoir-faire à leur sortie du cégep. Ainsi, nous nous attendions à des pointages plus élevés chaque fois qu'une question comportait un aspect cognitif par opposition à une habileté pratique. Toutefois, les infirmières d'expérience ont alloué une moyenne de résultats équivalente à 2,65, d'où un résultat plus faible que la perception moyenne des recrues, mais néanmoins curieux, en effet, les expérimentées attribuent 3,0 de moyenne à la question suivante qui mesure pourtant l'exécution des habiletés techniques, le savoir-faire. Or, en extrapolant notre raisonnement, nous aurions cru que les infirmières d'expérience auraient été plus sévères en évaluant la question 9, qui porte sur l'exécution des techniques, qu'elles ne l'ont été en réalité. A la figure 4 nous voyons que 50% des infirmières d'expérience prétendent que les recrues connaissent "un peu" les limites de leur champ d'action en tant qu'infirmière et que les cotes 2 "un peu" et 3 "assez" regroupent 85% des réponses des infirmières d'expérience.

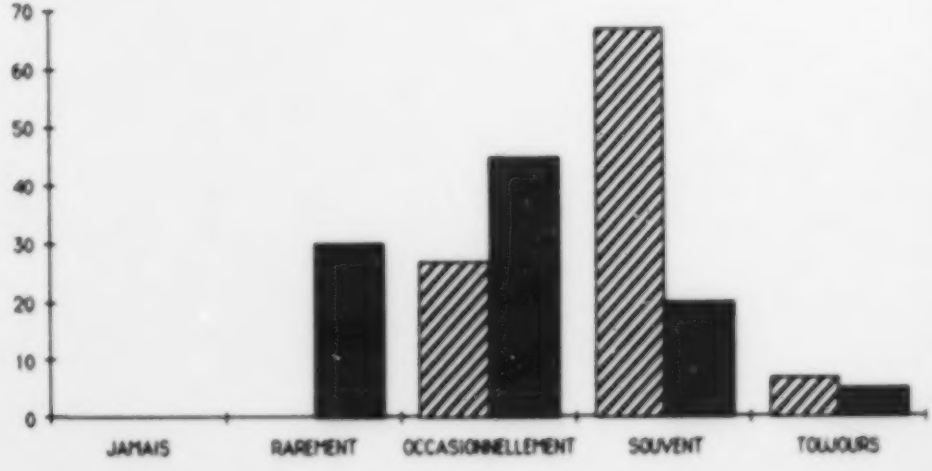


Oblique: Recrues Pointillé: Infirmières expérimentées

Figure 5. Histogramme comparatif des pourcentages obtenus par les recrues et les infirmières expérimentées à la question 8 portant sur la connaissance des limites du champ de pratique

Parvenus à la question 9 qui explore la capacité pour une recrue d'exécuter la plupart des techniques de soins sur une unité donnée, nous entrons de plein fouet au coeur de notre préoccupation première à savoir: les expérimentées ont-elles une perception négative du rendement technique des recrues ou est-ce là une fausse impression de notre part? Evidemment, nous venons de constater que la perception du champ a été plus considérablement critiquée que ne l'ont été les habiletés techniques. Cela va à l'encontre de nos prédictions. D'autre part, le tableau I indique une différence de moyennes de 0,70 entre les recrues et les infirmières d'expérience. La moyenne des résultats des recrues se situe à 3,70; c'est là le meilleur score enregistré

dans les cas où la différence avec les infirmières d'expérience est significative. A la lecture de ces résultats, nous sommes à la fois perplexes et inquiets quant aux réponses obtenues du côté des recrues. Avec une moyenne de 3,70, les recrues affirment qu'elles sont "souvent" aptes à exécuter la plupart des techniques de soins sur l'unité où elles sont affectées comme le fait voir la figure 6. Or notre expérience clinique tend à soutenir le contraire. Serait-ce que les recrues entretiennent de fausses illusions au sujet de leur capacité réelle? Pour soutenir une telle affirmation il aurait fallu que les infirmières d'expérience apportent une contrepartie inversement



Oblique: Recrues Pointillé: Infirmières expérimentées

Figure 6. Histogramme comparatif des pourcentages obtenus par les recrues et les infirmières expérimentées à la question 9 portant sur l'exécution des techniques de soins

proportionnelle aux résultats moyens des recrues. Les expérimentées accordent une moyenne de 3,0 à cet item. C'est dire qu'elles attribuent aux recrues une performance mitigée relative à l'exécution des techniques de soins. Cette attitude des expérimentées va dans le sens de nos prévisions. Toutefois, l'écart type est important chez les infirmières d'expérience (0,85 au tableau 1. D'où l'étalement et la variation importante des réponses: 30% des expérimentées pensent que les recrues ne peuvent que rarement exécuter les techniques courantes de l'unité où elles sont affectées, 45% donnent la cote "occasionnellement", 20% accordent un "souvent" et 5% croient que les recrues sont "toujours" capables d'exécuter les techniques de l'unité d'affectation. Le tableau 2 nous présente les résultats bruts et les pourcentages obtenus par les infirmières d'expérience à cette question. En définitive, 25% des répondants d'expérience ont soutenu une appréciation positive des recrues, ce que nous n'aurions pas cru possible. Evidemment, il faut se rappeler les proportions de notre échantillon. A cette fin, il serait

Tableau 2

Répartition des réponses des infirmières d'expérience à la question 9 portant sur l'exécution des techniques.

X_1: Expérim - Exec.techn.

Cl.	Elément	N. d'obs.	Pourcent.	
1	Jamais	0	0	
2	Rarement	6	30	
3	Occasion	9	45	<-Mode
4	Souvent	4	20	
5	Toujours	1	5	

sans doute intéressant de pouvoir effectuer le même sondage sur une population beaucoup plus large de candidats, afin de valider, de démentir ou de nuancer les résultats obtenus ici.

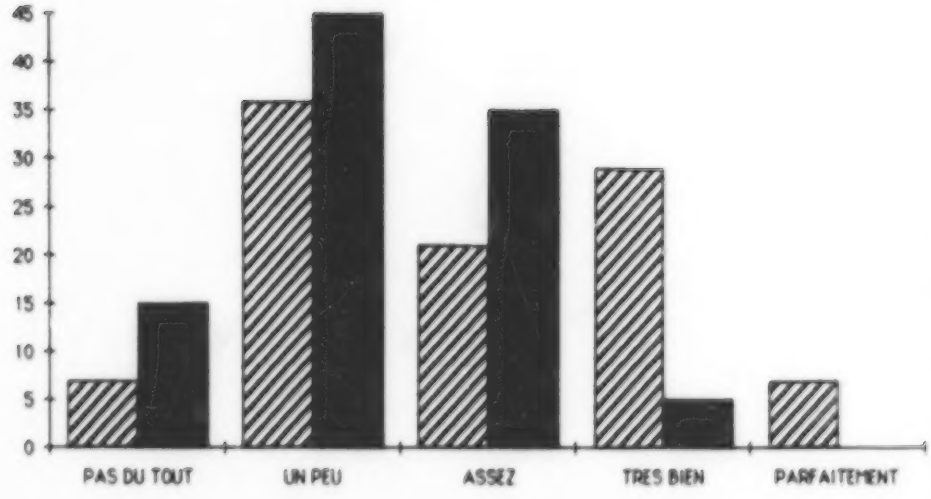
Signalons au passage qu'à l'examen de la figure 6, on remarque que chez les recrues, aucune candidate n'a utilisé les cotes 1 et 2 "jamais" et "rarement" pour la question 9. En conséquence nous constatons une répartition des réponses fortement regroupée au niveau "souvent", 66,6%. Remarquons aussi que 6,6% des réponses correspondent au choix "toujours", une proportion comparable à celle des expérimentées qui avaient 5% de leurs réponses à l'item "toujours" pour la même question. Au risque de nous répéter, c'est ici que nous avons été le plus étonnés des disparités entre les réponses des infirmières d'expérience les unes par rapport aux autres, sans nous cacher non plus l'attitude très confiante des recrues pour la maîtrise des techniques.

Une autre question au résultat significatif, avec une probabilité de 0,021, était celle portant sur le décodage des abréviations en spécialité. Cette question 13, énoncée sous la forme: "je reconnais et je décode rapidement la signification des abréviations couramment utilisées en spécialité" offre la moins grande différence de moyenne de l'ensemble des six questions aux résultats significatifs, soit 0,63. Les recrues obtiennent 2,93 de moyenne des résultats par rapport à 2,30 chez les expérimentées. L'écart type est toujours important pour les deux groupes expérimentées: 0,80 et recrues: 1,14. Les infirmières d'expérience, malgré l'étendue des variations des réponses, ont occupé la portion inférieure de l'échelle des choix, donc sont

plus enclines à fournir une faible appréciation des recrues. Quinze pour cent des infirmières d'expérience disent que les recrues ne contrôlent "pas du tout" les abréviations utilisées en spécialité. Attention toutefois: le terme spécialité doit être compris au sens de "particulier à un domaine" exemple: chirurgie, urgence, obstétrique, gynécologie, médecine, etc. Par contre, puisque nous nous adressons à des recrues, nous excluons les secteurs très spécifiques comme les soins intensifs coronariens, la neurochirurgie, le travail en salle d'opération, les grossesses à risques etc., puisque les recrues doivent attendre l'obtention d'une année d'expérience avant de pouvoir être affectées à ces milieux. Cette précision avait été fournie à tous les candidats interrogés lors du sondage.

Le reste de la distribution des réponses chez les expérimentées est intéressante: 45% indiquent "un peu" pendant que 35% ont le sentiment que les recrues dominent "assez" bien la question des abréviations. En additionnant deux choix de réponses se rapprochant, par exemple "un peu" et "assez", on obtient 80% de l'ensemble des résultats des infirmières d'expérience. Les recrues sont beaucoup plus étendues à travers l'échelle des réponses comme le représente la figure 7.

Les deux extrémités des choix de réponses soit "pas du tout" ou "parfaitement" cumulent 14,3% des résultats. Le reste des réponses se fractionne à peu près également par tranche de 21,29 et 36% des résultats.



Oblique: Recrues Pointillé: Infirmières expérimentées

Figure 7. Histogramme comparatif des pourcentages obtenus par les recrues et les infirmières expérimentées à la question 13 portant sur la reconnaissance des abréviations

Le tableau 3 illustre cette répartition. Conjointement avec l'item "organisation du travail" qui n'était pas significatif cependant, la question 13 demeure la moins définie au niveau des opinions exprimées. Quant à nous, cette question représentait un item important à mesurer en raison de la multitude des abréviations à décoder lors de la lecture des dossiers. En plus de la difficulté de déchiffrer l'écriture de certains professionnels lors des ordonnances à relever, la recrue qui ne maîtrise pas bien la signification des abréviations risque des erreurs à moins qu'elle ne soit supervisée par une autre infirmière.

Tableau 3

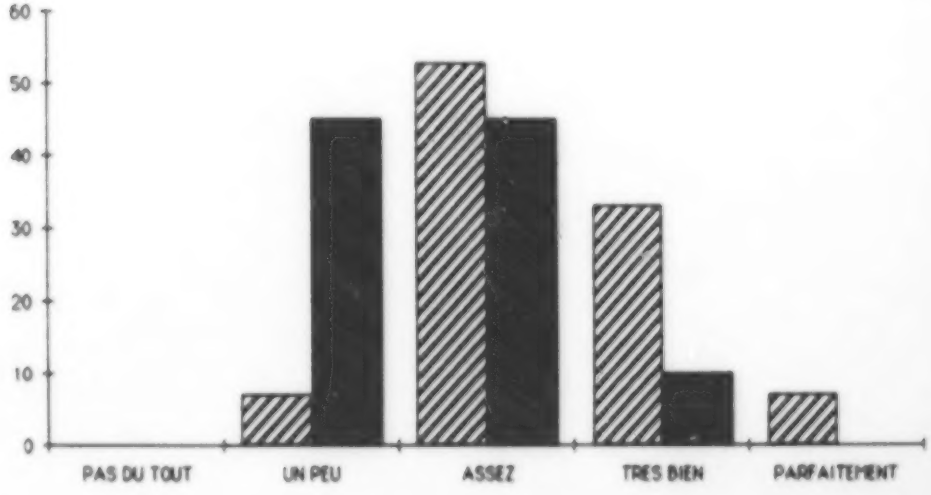
Répartition des réponses des recrues à la question 13 portant sur la connaissance des abréviations

X_1: Recrues - Abréviations

Cl.	Élément	N. d'obs.	Pourcent.	
1	Pas du tout	1	7.143	
2	Un peu	5	35.714	<-Mode
3	Assez	3	21.429	
4	Très bien	4	28.571	
5	Parfaitement	1	7.143	

La toute dernière différence significative entre les deux groupes correspond à la dernière question du sondage qui voulait mesurer la perception des recrues et des expérimentées quant à la capacité pour une recrue de bien évaluer sa compétence professionnelle. On formulait ainsi la question: "il me semble que je saurais bien évaluer ma compétence professionnelle par rapport à mon rôle d'infirmière". Les réponses à cette question coïncident avec la plus faible probabilité que les différences entre les deux groupes soient dues au hasard, probabilité de 0,003 au tableau 1. Quant aux moyennes: les expérimentées obtiennent 2,65 par opposition à 3,40 chez les recrues. Les infirmières d'expérience ont jugé, dans 90% des réponses, que la recrue était "un peu" ou "assez" apte à évaluer sa compétence professionnelle. Aucune infirmière d'expérience n'a pensé que la nouvelle infirmière n'était "pas du tout" apte à s'auto-évaluer. Mais seulement 10% ont accordé un "très bien" à l'aptitude des recrues à mesurer le niveau de leur performance. Les recrues de leur côté, comme les comparaisons de la figure 8 le démontrent, pensent,

dans tout prés de 40% des cas, qu'elles sont "très bien" ou même "parfaitement" aptes à définir adéquatement leur compétence professionnelle. Cela nous paraît rejoindre l'attitude rapportée à la question 9, compétence technique, où nous nous demandions jusqu'à quel point les recrues étaient véritablement conscientes de leur potentiel? Ici aussi nous trouvons surprenant qu'une recrue puisse se donner autant de mérite. Il s'agit peut-être, comme nous l'avons vu au cours des chapitres précédents, d'un manque de maturité chez la recrue qui est essentiel à une juste perception de la réalité quant à son rôle, ses capacités, sa responsabilité.



Oblique: Recrues Pointillé: Infirmières expérimentées

Figure 8. Histogramme comparatif des pourcentages obtenus par les recrues et les infirmières expérimentées à la question 17 portant sur l'évaluation de la compétence professionnelle

En somme, les infirmières d'expérience sont plus réservées lorsqu'il s'agit d'allouer des scores allant de "très bien" à "parfaitement" pour l'ensemble des questions évaluées. Cependant, elles vont rarement jusqu'à prétendre que les recrues ne savent "pas du tout" démontrer une compétence ou une autre. Les niveaux 2 et 3 ont été les plus utilisés et ils se traduisent par "un peu" ou "assez" d'habiletés à connaître une chose ou/et à la faire. Cette attitude des infirmières d'expérience paraît quand on étudie les écarts types obtenus aux six questions significatives qui de 0,63 à 0,85 donne une différence de 0,22. Par ailleurs la variation des réponses des recrues est beaucoup plus grande et l'écart type varie de 0,56 à 1,14 pour une différence de 0,58 soit plus que le double de celle des infirmières d'expérience. De notre côté, nous pensions réellement que les expérimentées avaient développé une telle aversion envers le personnel nouveau, qu'il nous semblait impossible qu'elles puissent évaluer positivement les recrues. Nous en avons conclu que lors de notre travail de tous les jours, nous sommes peut-être plus sensibles aux remarques désobligeantes adressées à l'endroit des recrues que nous le sommes dans le cas où tout va relativement bien. Les données de Statistiques Canada nous le rappellent, un pourcentage de près de 25% pose problème chez les recrues. Cela paraît énorme lorsque la résolution des problèmes se traduit par une démission de la jeune infirmière. Cependant, cela semble encore une faible minorité d'individus affectés, lorsqu'il s'agit de s'attarder à la majorité qui fonctionne relativement bien à l'intérieur du système et des structures actuelles.

Aussi pouvons-nous dire, après étude des résultats analysés, que l'hypothèse nulle ne peut être rejetée dans la majorité des cas par l'existence des différences significatives entre les deux groupes. Elle doit donc être maintenue pour 11 dimensions des habiletés des infirmières telles que perçues. Cependant les six dimensions où l'on constate une différence significative constituent plus du tiers des habiletés mesurées. Ceci est une confirmation de perceptions et/ou d'exigences différentes et tout en confirmant les difficultés de compréhension et de dialogue, nous semble une piste pour expliquer les problèmes de socialisation professionnelle.

2. Analyse des moyennes

Mais avant de conclure sur les résultats obtenus, il nous reste à analyser les moyennes de toutes les réponses afin de constater si un domaine est perçu différemment d'un autre et où sont les plus grandes difficultés d'adaptation et de maîtrise des habiletés.

Plus avant, nous avions comparé les moyennes de certaines réponses des recrues par rapport aux moyennes des mêmes questions chez les expérimentées. Mais ici, nous calculons la moyenne de toutes les réponses, recrues et expérimentées prises ensemble afin d'obtenir une moyenne globale par question. A la figure 9, nous présentons un diagramme représentatif de toutes les moyennes obtenues.

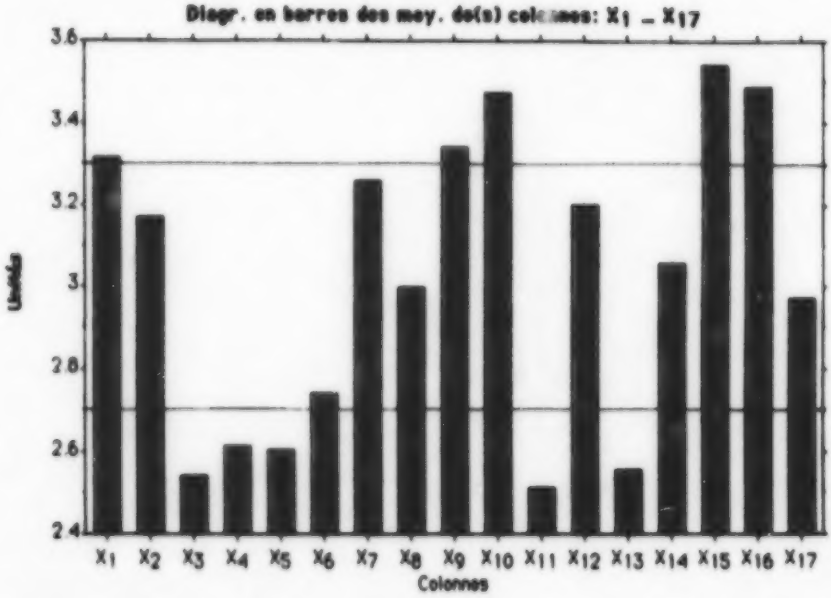


Figure 9: Histogramme des moyennes obtenues par l'ensemble des répondants à chacune des questions du sondage.

A l'étude de cette figure, on constate que sur les 17 questions posées, cinq obtiennent une moyenne vraiment élevée, supérieure ou égale à 3.3. Ce sont les questions 1, 9, 10, 15 et 16, soit. l'analyse des symptômes; l'exécution des techniques de soins; l'évaluation de la démarche de soins et du cadre conceptuel; la compréhension du rôle des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire, et la connaissance des limites du champ pratique de l'infirmière.

Pas de grandes surprises ici, si ce n'est pour la question 15. A en croire les infirmières, elles cherchent à comprendre le rôle des professionnels qui

interviennent dans le milieu et à collaborer avec eux. La moyenne est de 3,54 ce qui tend nettement vers le "souvent". Néanmoins, la principale récrimination des autres professionnels dans notre milieu de travail est à l'effet que les infirmières font peu de cas de leur présence et des buts précis de leur travail dans l'équipe d'intervention multidisciplinaire. Ainsi, il semble que les infirmières n'aient pas vraiment conscience de l'attitude qu'elles projettent et qu'au fond elles se sentent réellement solidaires du travail des autres professionnels, sans que ceux-ci perçoivent le même intérêt, la même compréhension. Le principal reproche ou commentaire que l'on entend au sujet du comportement des infirmières se résume à ceci: "Les infirmières croient qu'elles ont le monopole des soins de santé des bénéficiaires, en ce sens elles privilégient les soins curatifs au détriment des entités biopsychosociales qui sont aussi du domaine du bien-être du patient et parfois en dehors des compétences spécifiques de l'infirmière. Cette remarque a-t-elle à être soutenue ou nuancée? Cela appartient à un autre débat...

Nous venons de parler des moyennes les plus élevées, mais il y a aussi les moyennes les plus faibles. Cinq questions nous paraissent dignes d'intérêt, étant inférieures à 2.7. Ce sont les questions 3, 4, 5, 11 et 13. Les thèmes en étaient: le contrôle des techniques de préparation aux épreuves diagnostiques; la planification d'un programme de soins; les soins d'urgence; la connaissance du répertoire des épreuves diagnostiques et le décodage des abréviations en spécialité.

Le plus étonnant est de retrouver "la planification d'un programme de soins" à l'intérieur de ce groupe de questions aux moyennes basses. Généralement, le programme de formation au cégep accorde une très grande place à la maîtrise des programmes d'enseignement destinés aux bénéficiaires. Et pourtant l'ensemble des moyennes tend à indiquer un niveau de performance inférieur à une capacité "occasionnelle" de produire un programme de soins adapté au retour à la maison des bénéficiaires. La moyenne calculée est de l'ordre de 2,62. A titre comparatif nous aurions cru que la question mesurant la perception, l'analyse et l'interprétation des signes et symptômes chez un patient, aurait affiché des résultats plus faibles que dans le cas des programmes de soins. Il n'en est rien cependant.

Pour nous, il faut plus d'habiletés complexes réunies dans la reconnaissance de la symptomatologie d'un patient, qu'il en faut dans la capacité de préparer un programme de soins adapté. Nous avons cette impression tout simplement parce que la "perception", "l'analyse" et "l'interprétation" de symptômes sont des habiletés qui s'acquièrent au terme d'une certaine expérience auprès des catégories de bénéficiaires, tandis que la planification d'un programme peut se réaliser à partir de consultations bibliographiques seulement.

En ce qui concerne les autres questions faiblement cotées (3, 5, 11 et 13), elles correspondent à ce que nous considérons important de maîtriser pour une recrue en probation. Ce sont toutes des habiletés "pratiques" qui exigent une grande dextérité technique, comme par exemple: urgences,

préparations aux épreuves.... Ce sont aussi des habiletés très spécifiques aux soins aigus et qui demandent la connaissance du milieu réel de travail. Par exemple, les questions 11 et 13 font partie de ce groupe et il est difficile, a priori, pour une recrue de bien connaître le répertoire des épreuves diagnostiques en centre hospitalier avant d'être intégrée au milieu. A la limite, la recrue peut lire et enregistrer dans sa mémoire en quoi consiste un "repas baryté" mais tant qu'elle n'aura pas eu à faire la préparation d'un bénéficiaire et à répondre aux exigences du service de radiologie, elle n'aura qu'une connaissance très théorique et incomplète du processus. Ce n'est pas le cas pour la rédaction d'un programme de soins, dont nous avons déjà discuté ou encore la question 10 qui porte sur l'évaluation d'une démarche où le fait d'utiliser un cadre conceptuel rend la réponse plus facile parce que la recrue a eu l'occasion de pratiquer les habiletés au cégep et qu'il n'y a pas de différence notable entre le fait de rédiger un programme de soins à l'école ou à l'hôpital. Ce sont souvent les particularités du milieu pratique qui sont plus difficiles à transposer à l'école. Il serait plutôt laborieux de reproduire un service de radiologie au cégep et de fournir à l'étudiante le contexte réel dans lequel elle aura à travailler. Imaginer ou simuler reste quand même bien différent à nos yeux que de connaître une véritable expérience de travail.

En nous référant de nouveau à la figure 9, on peut identifier les moyennes les plus faibles par rapport à l'ensemble des questions. Comme on peut le voir la question 11, appréciant la connaissance du répertoire des épreuves diagnostiques, obtient la moyenne la plus faible, soit 2,51.

Quant à nous, si nous avions eu à prédire les plus grandes difficultés d'adaptation chez les recrues, nous aurions retenu les questions 1, 3, 5, 7 et 9, d'où deux correspondances avec les résultats réels soit les question 3 et 5.

3. Perception des aspects cognitifs et pratiques

Le troisième volet d'analyse du sondage veut évaluer s'il y a correspondance entre des domaines qui ont été subdivisés en un aspect cognitif, le savoir et un aspect pratique, le savoir-faire. Autrement dit, s'exprime-t-on différemment lorsque l'on parle d'une habileté à caractère pratique que lorsque cette même habileté est au stade de la connaissance théorique seulement?

Pour ce faire, nous avons comparé les moyennes obtenues aux questions qui se rapportaient à un même domaine qui comprenait deux aspects distincts, l'un exprimant le côté théorique de l'habileté et l'autre son côté pratique.

Les tableaux 4 et 5 rendent compte du pairage des questions par thème et des moyennes correspondantes chez les recrues et chez les infirmières d'expérience. Nous avons retenu, pour comparaison théorie et pratique, les six thèmes qui avaient été divisés en deux comme nous l'avons indiqué au chapitre III.

Tableau 4

Moyennes et différences de moyennes entre les questions portant sur deux aspects d'un même thème chez les recrues

THEMES	QUESTIONS	MOYENNES	DIFFERENCES	DEGRES DE SIGNIFICATION
Symptômes	1. Perception des symptômes	3.53	0	0
	7. Action versus symptômes	3.53		
Epreuves diagnostiques	11. Répertoire diag.	2.8	0.1	0.43
	3. Application technique	2.9		
Vocabulaire technique	6. Connaissance voc. tech.	2.9	0	0
	13. Reconnaissance/signification des abréviations	2.9		
Champ pratique	8. Connaissance du champ	3.4	0.3	0.16
	16. Application du champ	3.7		
Bénéficiaire	2. Enseignement pratique	3.4	0.7	.014
	4. Conception - programme de soins	2.7		

Tableau 5

Moyennes et différences de moyennes entre les questions portant sur deux aspects d'un même thème chez les infirmières d'expérience

THEMES	QUESTIONS	MOYENNES	DIFFERENCES	DEGRES DE SIGNIFICATION
Symptômes	1. Perception des symptômes	3.15	0.1	0.42
	7. Action versus symptômes	3.05		
Epreuves diagnostiques	11. Répertoire diag.	2.3	-0.05	0.74
	3. Application technique	2.25		
Vocabulaire technique	6. Connaissance voc. tech.	2.6	0.3	0.03
	13. Reconnaissance/signification des abréviations	2.3		
Champ pratique	8. Connaissance du champ	2.6	0.7	1.0000E-4
	16. Application du champ	3.3		
Bénéficiaire	2. Enseignement pratique	2.95	0.45	.0464
	4. Conception - programme de soins	2.5		

Encore là, nous avons eu recours à la technique statistique du test-T pour vérifier si les différences de moyennes sont significatives au niveau de 0.05 de probabilité.

Avant même de passer à l'explication des tableaux 4 et 5 analysant les différences de moyennes entre les questions pour chacun des groupes de candidats, nous pouvons voir, en parcourant rapidement les deux tableaux, l'étonnante régularité des moyennes qui se juxtaposent presque sans différence les unes par rapport aux autres (selon leur association de thème bien entendu).

Toutefois, les analyses statistiques nous indiquent une différence significative de moyennes à une occasion seulement chez les recrues. Il s'agit de l'enseignement aux bénéficiaires par rapport aux programmes de soins (question 2 et 4).

Toujours chez les recrues, la différence de moyennes des questions 2 et 4 est de 0,7 pour une probabilité inférieure à 0,014 d'un effet dû au hasard. Ce qui voudrait dire que dans ces deux cas précis, les recrues ont nuancé leur évaluation alors que pour les autres domaines en dichotomie, leurs perceptions étaient relativement semblables.

Cela va dans le sens des analyses précédentes où les recrues ne semblent pas discerner leurs faiblesses au même titre que ne le font leurs collègues d'expérience. Ainsi les recrues s'attribuent des moyennes relativement élevées à la fois pour la perception des symptômes (1) et pour les interventions nursing appropriées à l'analyse de la situation (7). Elles font de même en ce qui a trait à la connaissance théorique des analyses (11) et les techniques pratiques de préparation aux épreuves diagnostiques. Bref,

nous pensons que les recrues ont une représentation suffisamment positive de leurs habiletés en général, pour ne pas distinguer les aspects théoriques et pratiques entre eux.

Les infirmières d'expérience se détachent un peu de cette vision dans trois domaines où leur perception révèle une différence significative entre les aspects théoriques et pratiques. Ce sont: 1) la maîtrise du vocabulaire technique par opposition à l'activité de décodage rapide des abréviations en spécialité; 2) la connaissance du champ pratique de l'infirmière et la reconnaissance pratique des situations qui sont aux limites du champ pratique; enfin 3) la réalisation de programmes de soins et l'activité pratique d'enseignement au bénéficiaire.

Comme pour les recrues, le tableau 5 fournit les valeurs des différences de moyennes et les probabilités significatives. Les infirmières d'expérience sont donc sensibles aux différences entre les aspects cognitifs et pratiques d'une habileté et tendent à le désigner par leurs réponses.

Cela dit, certains groupes de questions jumelées pour l'analyse par test-T, ont été associés et n'ont fourni aucun résultat significatif alors que nous attendions plus de divergences. C'est le cas des questions 1 et 7 ainsi que 11 et 3. Pour ces questions, la perspective théorique et pratique nous faisait croire que les recrues étaient d'excellentes ressources conceptuelles mais de bien moins grandes ressources cliniques. Les résultats recueillis ne

permettent qu'une affirmation prudente en ce sens et beaucoup de réserve par ailleurs.

Dans ce chapitre nous avons essayé, par l'analyse des résultats, de répondre aux trois questions posées par nos hypothèses du chapitre III. A la première nous constatons qu'effectivement dans le tiers des cas il y a des différences de perceptions entre les deux groupes, mais pas toujours où nous croyions en trouver. De même, les résultats les meilleurs ont été obtenus à des questions plus conceptuelles sauf une exception et les plus faibles l'ont été à des habiletés exigeant de l'expérience pratique avec encore une exception. Dans le troisième cas, nous avons constaté peu de différences entre les réponses portant sur la partie cognitive ou la partie pratique d'une habileté. En somme, des confirmations de nos hypothèses de recherche, mais dans chaque cas avec une nécessité de faire des nuances et de ne rien affirmer globalement.

CONCLUSION

A l'aide de l'explication de Merton par les groupes de référence, nous avons compris combien délicate pouvait être l'adaptation et l'intégration d'un nouveau membre à une équipe de travail déjà formée. Avec l'explication plus spécifique de la socialisation professionnelle, nous avons ajouté aux notions de groupe de travail et de membre nouveau, celle du statut du membre, soit celui de recrue qui rend encore plus complexe les processus en jeu. Finalement, nous nous sommes arrêtés à la socialisation professionnelle des infirmières et à l'aide de H. Cohen, nous avons fait ressortir le caractère plus spécifique de l'introduction au groupe de travail chez les infirmières. Ce sont surtout les étapes de la socialisation en tant que processus d'intégration continu du rôle de l'infirmière et la difficulté pour de très jeunes recrues aux frontières de l'âge adulte de faire face à de nombreuses attentes, qui ont marqué notre étude.

La revue de la littérature quant à elle, n'a fait qu'accentuer nos impressions des difficultés rencontrées chez les nouvelles infirmières, en s'attardant à la dimension des habiletés techniques de la socialisation professionnelle des infirmières. En soulignant l'importance d'un tuteur ou superviseur capable de diriger l'expérience de socialisation des recrues, nous abordions le problème des attentes des infirmières d'expérience devant l'incapacité des recrues à diriger seules leur intégration à l'emploi, précisément au niveau de la compétence technique et pratique.

Notre questionnaire de la perception des habiletés des recrues, administré à de nouvelles infirmières et à des expérimentées, a montré une différence de perception significative pour six des dix-sept habiletés questionnées, ce qui représentait suffisamment de différences entre les deux groupes pour expliquer des incompréhensions de part et d'autres et des difficultés d'adaptation.

Signalons en particulier la tendance des infirmières d'expérience à évaluer un peu plus sévèrement toutes les habiletés et leur plus grand consensus dans leurs réponses. Ceci paraît surtout par le regroupement des réponses en trois ou un maximum de quatre choix.

Chez les recrues, l'étendue du choix de réponses va d'un extrême à l'autre dans plusieurs cas. On peut interpréter ceci comme l'expression d'une moins bonne connaissance de soi alors que les infirmières d'expérience semblent avoir une opinion plus arrêtée.

Tel que prévu nous avons constaté qu'en général les habiletés à caractère plus théorique obtiennent un meilleur résultat que celles qui exigent l'exercice de techniques précises.

L'analyse des aspects théorique et pratique d'un même domaine fait encore ressortir des différences entre les recrues et les infirmières d'expérience. Ces dernières perçoivent mieux les difficultés rencontrées dans

la pratique malgré une bonne connaissance théorique alors que les recrues se prétendent aussi aptes sous un aspect que l'autre.

Il reste encore du travail intéressant à faire. D'abord refaire le sondage auprès d'un échantillon plus vaste et représentatif de différents milieux hospitaliers. Ceci permettrait de vérifier la validité des différences significatives obtenues à six questions et la constance de tous les résultats. En second lieu, rendre l'interprétation des résultats accessible par la publication d'articles traitant tout particulièrement des habiletés cliniques chez les recrues. Nous l'avons vu, la recension des écrits sur le thème des habiletés techniques de l'infirmière est restreinte et presqu'exclusivement anglophone. Des études plus poussées permettraient des énoncés plus assurés, capables d'éclairer un domaine encore peu fouillé.

La socialisation professionnelle des infirmières, toujours difficile en 1989, mérite sans doute d'autres observations attentives du milieu clinique et des institutions de formation. Ce qui manque le plus à cette observation de la réalité, ce sont des suggestions pratiques concernant les actions à poser, autant chez les éducateurs que du côté des employeurs, pour faire en sorte que les recrues soient assistées dans leur début de carrière et que leur intégration et surtout leur persistance dans le milieu de travail soient facilitées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BAJNOK, I.J. AND GITTERMAN, G., Nurses as Colleagues and Mentors, The Canadian Nurse, February 1988, pp. 16-17.

BECKER, H.S., Sociological Work: Method and Substance, London, Allen Lane, 1971.

CHRISTMAN, N.J., Clinical Performance of Baccalaureate Graduates, Nursing Outlook, January 1971, vol. 19, no 1, pp. 54-56.

COHEN, Helen, The Nurse's Quest for a Professional Identity, Menlo Park, California: Addison-Wesley Pub. Co., Medical/Nursing Division, 1981, 214 p.

DAYHAW, L.T., Manuel de statistiques, Ottawa, Ed. de l'Université d'Ottawa, 1958, 530 pages.

FIRTH, H., McKEOWN, P., McIntee J., BRITTON, P., Professional Depression, 'Burnout' and Personality in Longstay Nursing, International Journal of Nursing Studies, vol. 24, no 3, 1987, pp. 227-237.

GAGNE, R.M., Les principes fondamentaux de l'apprentissage, application à l'enseignement, Montréal: Editions HRM, 1976, 148 pages.

GUNDERSON, L.P., KENNER, C.A., Socialization of Newborn Intensive Care Unit Nurses through the Use of Mentorship, Clinical Nurse Specialist, vol. 1, no 1, 1987, pp. 20-24.

HARPER, Simpson Ida, From Student to Nurse: A Longitudinal Study of Socialization, Cambridge University Press, 1979, 266 p.

JULIEN, C., Stagiaire à l'urgence, The Canadian Nurse, september 1988, pp. 54-57.

KRECH, D., CRUTCHFIELD, R.S., Théorie et problèmes de psychologie sociale, Tome I et II, Paris, Presses universitaires de France, 1952, 614 pages.

LACEY, C., Professional Socialization of Teachers dans The International Encyclopedia of Teaching and Teacher Education, Ed M. Dunkin, New York, Pergamon Press, 1987, pp. 634-645.

MADDEN, Teri C., Bridging the Gap for New Nurses, American Nursing Resources Corona, California-Nursing 89, June, pp. 44-45.

MERTON, R.K., Eléments de théories et de méthodes sociologiques, Librairie Plon, Paris, 1968, chapitre VII et VIII.

Statistique Canada, Les diplomés du post-secondaire sur le marché du travail, deux ans après l'obtention du diplôme, 1981, 530 pages.

WINDSOR, A., Nursing Students' Perceptions of Clinical Experience, Journal of Nursing Education, vol. 26, no 4, April 1987, pp. 150-154.

WRONG, D.H., The Oversocialized Conception of Man in Modern Sociology, American Sociological Review, vol. 26, 1961, pp. 183-193.

ANNEXES

SONDAGE

Perception des habiletés dans la pratique de l'infirmière

Vous n'avez pas à inscrire votre nom sur ce questionnaire. Nous vous assurons que toutes les réponses seront traitées de façon absolument confidentielle.

Le présent questionnaire s'adresse à des jeunes infirmières nouvellement engagées dans une unité de soin. Vous avez connu plusieurs de ces recrues et avez pu constater leur capacité et leur niveau d'habileté. Nous vous demandons de répondre à ce questionnaire à leur place, comme elles devraient le remplir si elles étaient bien conscientes de leurs habiletés et de leurs difficultés.

Répondez en cochant dans la parenthèse la réponse qui correspond à votre choix.

Exemple:

0. Je me sens bien quand je peux travailler en équipe.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

Informations préliminaires:

Age: _____ Sexe: M ( ) F ( )

Formation académique: D.E.C.: _____ Année: _____

Bacc. Sc. Inf.: _____ Année: _____

Années d'expérience sur une unité de soins:

Après D.E.C.: Moins de un an: ( ) Un à deux ans : ( )
Trois à cinq ans: ( ) Six à dix ans: ( )
Plus de dix ans: ( )

Depuis le Bacc. Sc. Inf. (s'il y a lieu): Nombre d'années: _____

1. Il est facile pour moi de percevoir, d'analyser et d'interpréter les signes et les symptômes présents chez un patient.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

2. Quand j'ai perçu des symptômes chez un patient, je sais quelle est la bonne intervention nursing que je dois adapter.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

3. Je me sens à l'aise pour donner au bénéficiaire et à sa famille l'enseignement nécessaire relatif à sa condition.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

4. Je peux exécuter la plupart des techniques de soins courantes sur l'unité où je suis affectée.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

5. Je connais bien le répertoire des épreuves diagnostiques habituellement utilisées en centre hospitalier actif.

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

6. Je contrôle les techniques de préparation et de suivi des épreuves diagnostiques utilisées en centre hospitalier actif.

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

7. Je peux planifier un programme de soins adapté au retour à la maison du bénéficiaire.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

8. Dans les cas d'urgence tels que: arrêt cardiaque, décès, choc anaphylactique, hémorragie etc., je sais bien organiser les activités prioritaires en regard de la situation.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

9. Je maîtrise le vocabulaire technique relatif aux ordonnances ainsi qu'aux épreuves thérapeutiques et diagnostiques.

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

10. Je reconnais et je décode rapidement la signification des abréviations couramment utilisées en spécialité.

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

11. Je sais ce que l'on entend habituellement par "Limites de mon champ de pratique".

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

12. Je reconnais facilement les situations qui entrent dans les limites de mon champ de pratique.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

13. Dans une démarche globale de soins, je sais me situer dans un cadre conceptuel en nursing.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

14. Je cherche à comprendre le rôle des autres professionnels qui interviennent dans le milieu et à collaborer avec eux.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

15. Je sais organiser mon travail pour répondre aux exigences des autres services ou départements qui interviennent auprès du bénéficiaire.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

16. J'ai une idée claire de mon rôle d'infirmière et des responsabilités les plus spécifiques reliées à ce rôle.

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

17. Il me semble que je saurais bien évaluer ma compétence professionnelle par rapport à mon rôle d'infirmière.

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

Nous vous invitons à ajouter d'autres commentaires si vous le souhaitez.

Merci de votre collaboration.

SONDAGE

Perception des habiletés dans la pratique de l'infirmière

Vous n'avez pas à inscrire votre nom sur ce questionnaire. Nous vous assurons que toutes les réponses seront traitées de façon absolument confidentielle.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. La bonne réponse est celle qui correspond le mieux à votre première réaction. Il est important que vous donniez votre opinion pour chacun des énoncés.

Répondez en cochant dans la parenthèse la réponse qui correspond à votre choix.

Exemple:

0. Je me sens bien quand je peux travailler en équipe.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

Informations préliminaires:

Age: _____ Sexe: M ( ) F ( )

Formation académique: D.E.C.: _____ Année: _____

Bacc. Sc. Inf.: _____ Année: _____

Années d'expérience sur une unité de soins:

Après D.E.C.: Moins de un an: ( ) Un à deux ans : ( )
Trois à cinq ans: ( ) Six à dix ans: ( )
Plus de dix ans: ( )

Depuis le Bacc. Sc. Inf. (s'il y a lieu): Nombre d'années: _____

1. Il est facile pour moi de percevoir, d'analyser et d'interpréter les signes et les symptômes présents chez un patient.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

2. Je me sens à l'aise pour donner au bénéficiaire et à sa famille l'enseignement nécessaire relatif à sa condition.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

3. Je contrôle les techniques de préparation et de suivi des épreuves diagnostiques utilisées en centre hospitalier actif.

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

4. Je peux planifier un programme de soins adapté au retour à la maison du bénéficiaire.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

5. Dans les cas d'urgence tels que: arrêt cardiaque, décès, choc anaphylactique, hémorragie, etc., je sais bien organiser les activités prioritaires en regard de la situation.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

6. Je maîtrise le vocabulaire technique relatif aux ordonnances ainsi qu'aux épreuves thérapeutiques et diagnostiques.

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

7. Quand j'ai perçu des symptômes chez un patient, je sais quelle est la bonne intervention nursing que je dois adapter.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

8. Je sais ce que l'on entend habituellement par "Limites de mon champ de pratique".

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

9. Je peux exécuter la plupart des techniques de soins courantes sur l'unité où je suis affectée.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

10. Dans une démarche globale de soins, je sais me situer dans un cadre conceptuel en nursing.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

11. Je connais bien le répertoire des épreuves diagnostiques habituellement utilisées en centre hospitalier actif.

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

12. Je sais organiser mon travail pour répondre aux exigences des autres services ou départements qui interviennent auprès du bénéficiaire.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

13. Je reconnais et je décode rapidement la signification des abréviations couramment utilisées en spécialité.

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

14. J'ai une idée claire de mon rôle d'infirmière et des responsabilités les plus spécifiques reliées à ce rôle.

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

15. Je cherche à comprendre le rôle des autres professionnels qui interviennent dans le milieu et à collaborer avec eux.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

16. Je reconnais facilement les situations qui entrent dans les limites de mon champ de pratique.

Jamais ( ) Rarement ( ) Occasionnellement ( ) Souvent ( ) Toujours ( )

17. Il me semble que je saurais bien évaluer ma compétence professionnelle par rapport à mon rôle d'infirmière.

Pas du tout ( ) Un peu ( ) Assez ( ) Très bien ( ) Parfaitement ( )

Nous vous invitons à ajouter d'autres commentaires si vous le souhaitez.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Merci de votre collaboration.